



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Hoitajien kokemuksia etähoidon toimivuudesta Helsingin kotihoidossa

Kauppila, Minna

2017 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

## Hoitajien kokemuksia etähoidon toimivuudesta Helsingin kotihoitossa

Minna Kauppila  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Marraskuu, 2017

Minna Kauppila

### Hoitajien kokemuksia etähoidon toimivuudesta Helsingin kotihoidossa

Vuosi	2017	Sivumäärä	55
-------	------	-----------	----

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kotihoidon hoitajien näkökulmasta, saako etähoidon asiakas tarvitsemaansa hoitoa ja miten kotihoidon hoitajat ovat kokeneet etähoidon toimivuuden. Tarkoituksena oli kerätä sähköisen kyselyn avulla tietoa Helsingin kaupungin kotihoidon terveyden- ja sairaanhoitajilta Palvelukeskus Helsingin tarjoaman etähoitopalvelun toimivuudesta ja mahdollisista kehittämiskohteista. Tavoitteena oli tuottaa tietoa Helsingin sosiaali- ja terveysvirastolle etähoidon toimivuudesta, jotta palvelua voitaisiin kehittää entistä laadukkaammaksi. Tämä opinnäytetyö on osa DeDiWe-hanketta (Developer of Digital Health and Welfare Services). Se on EU:n rahoittama kansainvälinen hanke. Lähteinä on käytetty alan kirjallisuutta, verkkosivustoja, opinnäytetöitä, väitöskirjoja ja haastatteluja. Etähoidosta on varsin vähän tutkimustietoa ja kirjallisuutta.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Tutkimus toteutettiin lähettämällä sähköinen kyselylomake Helsingin kaupungin 74 lähipalvelualueen terveyden- ja sairaanhoitajalle (N=296). Vastausprosentti oli 15 %. Kyselylomakkeen vastaukset analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla ja avoimen kysymyksen vastaukset ryhmiteltiin teemoittain.

Tulosten mukaan etähoito soveltuu vain pienelle osalle kotihoidon asiakkaista, kenellä on vielä suhteellisen hyvä toimintakyky jäljellä. Etähoidon asiakkuus olisikin hyvä aloittaa jo ennen kotihoidon käyntejä. Etähoidon soveltuvuus mielenterveysasiakkaille jakoi mielipiteitä puolesta ja vastaan. Yhteistyötä kotihoidon ja etähoidon hoitajien välillä toivottiin enemmän, jotta tiedonkulku paranisi ja opittaisiin tuntemaan toistensa työnkuvat. Etähoitoon oltiin tyytyväisiä ja se koettiin luotettavaksi ja tarpeelliseksi kotihoidon tukipalveluksi. Kyselyyn osallistujat kokivat, että kotihoidon asiakkaat saavat hyvää hoitoa. Saatujen tulosten mukaan etähoidon koettiin tukevan ikääntyneiden kotona pärjäämistä ja vahvistavan heidän toimintakykyään. Ruokailun ja lääkkeenoton valvonnan sujumiseen oltiin kohtalaisen tyytyväisiä, mutta parantamisen varaa on. Etähoitajan ammattitaitoa arvostettiin, mutta lisäkoulutusta toivottiin ravitsemuksesta, lääkehoidosta ja muistisairauksista.

Johtopäätöksenä voitiin todeta, että etähoidon asiakas saa tarvitsemaansa hoitoa ja etähoidon toimivuuteen oltiin tyytyväisiä. Etähoidon ja kotihoidon yhteistyötä tulee tiivistää ja kehittää. Etähoito tukee ikääntyneen kotona pärjäämistä ja vahvistaa hänen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyään. Virtuaalikuntoutus ja tuolijumppa koetaan tärkeinä toimintakyvyn vahvistajina. Etähoidon soveltuvuutta mielenterveysasiakkaille olisi hyvä tutkia enemmän. Kehittämisehdotuksina esitettiin keskusteluryhmiä, tietovisailua, musiikkia, lisäkoulutusta ja yhteistyötä hoitajien välillä.

Asiasanat: kotihoito, etäterveydenhuolto, ikääntyneet, toimintakyky.

Minna Kauppila

**Telecare functionality in the home care of Helsinki - experiences among nurses**

Year	2017	Pages	55
------	------	-------	----

---

The purpose of the thesis is to clarify the home care nurses' view whether the telecare patients receive the care they need, and how the home care nurses have experienced the functionality of this service. The aim was to collect information from both the home care nurses and the community health nurses employed by the city of Helsinki about the functionality of the telecare service provided by Helsinki Service Center (Palvelukeskus Helsinki). In addition, the purpose was also to collect suggestions from the nurses on how to develop this tele care service.

The aim was to produce information to the usage of Social Services and Health Care Sector in Helsinki (Helsingin sosiaali- ja terveystoimi) about the functionality of the telecare service in order to increase its service quality even more. The thesis is part of DeDiWe project (Developer of Digital Health and Welfare Services). The project is funded by the European Union. Information sources consist of branch literature, web pages, theses, doctoral theses and interviews. The thesis was executed through quantitative research method. The research was implemented by sending an electronic questionnaire to 296 nurses at 74 service areas of Helsinki home care. The response rate was 15 %. The questionnaire answers were analyzed with SPSS statistics program, and the answers for the open question were grouped thematically.

The questionnaire results indicate that telecare service seems to suit only a small share of those telecare clients who still have a reasonably good ability to cope independently at home. In fact, the patient should begin the tele care customership even before the first home care nurse visits take place. As to the suitability of telecare services to mentally disabled persons there was a clear disparity among the opinions. A desire for increased cooperation between home care and telecare nurses was expressed, so that information flow would improve between the parties and colleagues would learn more about each other's job descriptions and responsibilities. The interviewees were satisfied with the telecare service provided, and this service was regarded as a reliable and necessary support service. They had also experienced that patients receive good treatment through home care. The results also showed that telecare is considered to support the aged people's coping at home, and also increase their ability to perform. The interviewees were fairly satisfied with the meal and medicine control management of the patients, but said that these processes could be improved. There was criticism towards the telecare nurses' professional skills, and additional training in nutrition, medical care and dementia was desired.

As a conclusion it can be said that a telecare patient does get the care and treatment that he or she needs. The telecare functionality as a whole is considered to be good, and there is a tendency to be fairly satisfied in this service. The cooperation between telecare and home care should be strengthened and developed. Telecare supports the daily life of an aged person at home and strengthens his or her physical, mental and social performance. Tele rehabilitation and exercises conducted with the help of a chair are regarded as important factors to strengthen the patients' ability to perform. The suitability of telecare services to mentally disabled clients should be examined in more detail. Discussion groups, quizzes, music therapy, further education and cooperation between the nurses were suggested as methods to develop telecare service.

Key words: home care, telecare, aged people, ability to perform.

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Teoriaperusta .....	8
2.1	Vanhenemiseen kuuluvat anatomiset ja fysiologiset muutokset.....	8
2.2	Ikääntyneen toimintakyvyn ulottuvuudet .....	10
2.2.1	Fyysinen toimintakyky .....	11
2.2.2	Psyykkinen toimintakyky .....	11
2.2.3	Sosiaalinen toimintakyky.....	12
2.2.4	Kotona pärjääminen .....	13
2.2.5	Toimintakyvyn arviointi .....	14
2.2.6	Ikääntyneiden lääkehoito ja ravitsemus .....	14
2.3	Kotihoito ja etiikka .....	17
2.4	Etähoito palvelukeskus Helsingissä.....	19
2.4.1	Tutkimuksia etähoidosta .....	21
2.4.2	Ikääntyneiden erityispiirteitä teknologian suhteen .....	22
2.4.3	Vuorovaikutus ja ohjaaminen etähoitossa .....	24
3	Opinnäytetyön toteuttaminen .....	26
3.1	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....	26
3.2	Tutkimuksen empiirinen toteutus .....	27
3.3	Tutkimuksen kohderyhmä .....	27
3.4	Tutkimusaineiston keruumenetelmä.....	28
3.5	Tutkimusaineiston analysointi .....	29
4	Tulokset.....	30
4.1	Etähoidon soveltuvuus.....	30
4.2	Etähoidon yhteistyö.....	30
4.3	Kokemus etähoidosta .....	31
4.4	Asiakkaan kotona selviäminen .....	32
4.5	Etähoidon onnistumiseen vaikuttavat tekijät .....	34
4.6	Etähoidon kehittämisideoita .....	34
5	Pohdinta .....	35
5.1	Tulosten tarkastelu .....	35
5.2	Tutkimuksen luotettavuus .....	39
5.3	Tutkimuksen eettisyys.....	40
5.4	Johtopäätökset .....	41
	Lähteet .....	44
	Kuviot .....	47
	Taulukot .....	48
	Liitteet.....	49

## 1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kotihoidon hoitajien näkökulmasta saako etähoidon asiakas tarvitsemaansa hoitoa ja miten kotihoidon hoitajat ovat kokeneet etähoidon toimivuuden. Sähköisen kyselyn avulla kerättiin tietoa Helsingin kaupungin kotihoidon terveyden- ja sairaanhoitajilta Palvelukeskus Helsingin tarjoaman etähoitopalvelun toimivuudesta ja pyydettiin kehittämisehdotuksia.

Opinnäytetyö on osa DeDiWe-hanketta (Developer of Digital Health and Welfare Services). Se on EU:n rahoittama kansainvälinen hanke, jossa Suomesta ovat mukana Laurea, Arcada, HUS, Lohjan aluesairaala ja Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden kuntoutus- ja hoivayksiköt.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden toimivuudesta, jotta palvelua voitaisiin kehittää entistä laadukkaammaksi. Palvelukeskus Helsingin tarjoamasta etähoidosta on tehty kolme opinnäytetyötä, jotka käsittelevät etähoidon hyötyä, laatua ja asiakkaiden kokemuksia etähoidosta. Tämä opinnäytetyö on tehty kotihoidon hoitajien näkökulmasta. Kotihoidon hoitajat arvioivat asiakkaan palvelun tarvetta jatkuvasti, joten on mielenkiintoista kuulla heidän kokemuksiaan etähoidon toimivuudesta.

Terveysteknologia on nykypäivää ja ikääntyneille on kehitetty monenlaisia sovelluksia ja palveluja. Etähoito on yksi näistä palveluista. Etähoito tarkoittaa asiakkaiden hoitamista, tukemista ja elintoimintojen seuraamista etäteknologian avulla. (Vuononvirta 2011.) Palvelukeskus Helsingin etähoitopalvelu aloitti toimintansa keväällä 2014 yhdessä Helsingin kaupungin kotihoidon kanssa. Palvelukeskuksen tarjoama etähoito on kuva- ja äänivälitteistä hoivapalvelua kotihoidon asiakkaan ja palvelukeskuksessa toimivan etähoitajan välillä. Palveluun on oltu tyytyväisiä, ja asiakasmäärä on kaksikymmenkertaistunut. (Karvinen 2017.) On ilmeistä, että etähoidolle on tarvetta.

Keskeisimmät käsitteet tässä opinnäytetyössä ovat kotihoito, etähoito, ikääntyneet ja toimintakyky. Näillä asiasanoilla on haettu tieteellisiä julkaisuja hoitotieteellisistä tietokannoista. Lähteinä on käytetty alan kirjallisuutta, verkkosivustoja, opinnäytetöitä, väitöskirjoja ja haastatteluja. Etähoidosta on varsin vähän tutkimustietoa ja kirjallisuutta, koska se on verrattain uusi palvelumuoto.

Suomi on Euroopan ikääntyneimpiä maita, ja elämme neljän samanaikaisen sukupolven aikaa (THL 2016a). Väestömme vanhenee ja 80 vuotta täyttäneitä tulee olemaan vuonna 2050 kaksi kertaa enemmän kuin tänä päivänä. Toimintarajoitteisia henkilöitä tulee myös olemaan enemmän. Yhteiskunnan tulee huolehtia ikääntyneen väestön toimintakyvyn ylläpitämisestä

ja kohentamisesta. (THL 2016b.) Terveysthuollon kustannukset kasvavat ja työvoimasta tulee olemaan entistä enemmän pulaa. Kotihoidon työntekijöiden työn kuormittavuus on ollut pitkään kasvussa. Samaan aikaan terveydenhuollon kustannuksia pyritään alentamaan. (Group 2014.) On siis selvää, että uusia ratkaisuja on löydettävä.

## 2 Teoriaperusta

### 2.1 Vanhenemiseen kuuluvat anatomiset ja fysiologiset muutokset

Vanheneminen on sarja erilaisia ja eri tahtiin eteneviä muutoksia, joita ei voi pysäyttää. Vanhustyötä tekevien hoitajien on syytä tuntea nämä muutokset ja niiden vaikutukset ikääntyneeseen, jotta he osaisivat olla ikääntyneen tukena toimintakyvyn ja itsenäisen elämän saavuttamisessa. Tämä on tärkeää myös onnistuneen kuntoutuksen kannalta. Akuutit sairaudet, liikunnan puute ja masennus voivat heikentää toimintakykyä voimakkaasti. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2007, 11-12.) Vanheneminen olisi hyvä nähdä luonnollisena osana ihmisen kehittymistä (Vallejo Medina ym. 2007, 22).

Fyysinen toimintakyky perustuu hengitys- ja verenkiertoelimistön sekä tuki- ja liikuntaelimestön toimintaan. Toimintakyvyn kannalta on olennaista millaisia muutoksia näissä elinjärjestelmissä vanhenemisen myötä tapahtuu. Fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat myös havaintomotorisissa toiminnoissa ja tasapainossa ilmenevät muutokset. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 12.) Sydämen toimintakyky heikkenee, mikä näkyy muun muassa sydämen maksimisykkeen pienenemisessä, sydämen yhdellä lyöntikerralla pumpaaman verimäärän pienenemisellä ja sydänlihaksen supistumiskyvyn heikkenemisellä. Ikääntyneen elimistö tarvitsee stressitilanteessa enemmän aikaa palautuakseen stressiä edeltäneelle tasolle, koska stressinsietokyky on heikentynyt. Ääreisverenkierto heikkenee, ja vanhukset palelevat herkemmin. Koska verenkierto elimiin vähenee, kohonnut verenpaine voi korvata sitä. Tämän vuoksi lääkärit eivät kovin herkästi hoida vanhusten kohonnutta verenpainetta, koska koko verenkierto on sopeutunut korkeampaan paineeseen. Keuhkojen hengityskapasiteetti pienenee iän myötä, koska keuhkojen pinta-ala pienenee (10-20 %), hengityslihasten voima heikkenee, keuhkojen puhdistusmekanismi heikkenee ja yskänheijaste vaimentuu. (Kelo ym. 2015, 13-14.)

Luukudosta on kahta tyyppiä, kuoriluuta ja hohkaluuta. Hohkaluu on rakenteeltaan pesusienimäistä ja kuoriluuta tiivistä. (Suomen Terveysliikuntainstituutti 2013.) Luun haurastuminen alkaa naisilla jo 40 vuoden iässä ja vaihdevuosien jälkeen erityisesti hohkaluun vähentyminen lisääntyy (Kelo ym. 2015, 14). Osteoporoosi näyttää liittyvän vähentyneeseen estrogeenin tuotantoon. Miehillä luukato on hitaampaa ja heillä on enemmän luukudosta. Tärkeimpiä tekijöitä osteoporoosin synnyssä ovat hormonitoiminnassa tapahtuvat muutokset, ravintotekijät ja vähäinen liikunta. Luuston heikkenemistä voi ehkäistä säännöllisellä liikunnalla (1-2 kert viikossa). Erityisesti sauvakävelyä suositellaan, koska iskut vahvistavat luita. Nivelten liikkuvuus vähenee ja sillä on iso merkitys ikääntyneen toimintakyvyn kannalta. (Kelo ym. 2015, 14-15.) Tämä johtuu nivelnesteiden määrän vähenemisestä ja sidekudoksen määrän lisääntymisestä nivelessä (Suomen Terveysliikuntainstituutti 2013). Vähäisetkin liikeratojen rajoitukset



saattavat haitata esimerkiksi portaiden nousua tai tuolilta nousua. Hyvää nivelliikkuvuutta ylläpitävää harjoitusta on kurkottelu astioita astiakaappiin laitettaessa. Nivelrikko on hyvin yleinen vaiva ja se haittaa eniten lonkka- ja polvinivelissä sekä selkärangassa. (Kelo ym. 2015, 15-16.)

Lihaksistossa tapahtuu monia rakenteellisia muutoksia: lihasmassa vähenee, sidekudoksen ja rasvan määrä lisääntyy ja lihassoluihin kasaantuu kuona-aineita. Nopeiden lihassolujen määrä vähenee ikääntyessä nopeammin kuin hitaiden lihassolujen määrä. Käskyjen kulkeutuminen hermosolusta toiseen hidastuu, sillä hermosolujen liitosalueilla toiminta heikkenee. Hermojen niin kutsuttu johtonopeus putoaa ja se näkyy reaktioaikojen pidentymisenä. Hormonierityksen säätelyjärjestelmien toiminnan heikentyessä myös vaikutukset elimistön sisäiseen tasapainotilaan ovat nähtävissä. Lihasvoimaharjoittelulla on mahdollista hidastaa muun muassa nivelrikon ja osteoporoosin etenemistä. Anemia ja sen vuoksi heikentynyt hapenkuljetus vähentävät lihasmassaa ja heikentävät lihasvoimaa. (Kelo ym. 2015, 17-18.)

Iho ohenee, ryppyisyys lisääntyy, hikirauhaset vähenevät ja ihon suoja toiminto heikkenee. Solujen aineenvaihduntaprosessit hidastuvat ja ihon kosteus ja kimmoisuus vähenevät. Tämän vuoksi ikääntyneen ihoa on tärkeä rasvata säännöllisesti. Säärihaavat ovat yleisiä, ja niiden hoitoon tulee kiinnittää erityisesti huomiota. Tulehdusherkkyyden vuoksi pienikin ihorikko diabeetikolla voi aiheuttaa pahentuessaan jopa kuolion. (Kelo ym. 2015, 24.)

Ikääntyessä näköaisti heikkenee ja hämäränäkö huononee (Kelo ym. 2015, 18). Tämä johtuu siitä, että mustuainen pienenee ja mykiön valonläpäisykyky huononee (Suomen Terveystieteiden instituutti 2013). Yli 70-vuotias tarvitsee kolme kertaa enemmän valoa kuin keski-ikäinen, siksi on tärkeää huolehtia lampujen riittävän suuresta valotehosta. Silmänpohjan rappeuma, glaukooma, harmaakaihi ja retinopatia ovat tyypillisiä silmäsairauksia ikääntyneillä. Korkeiden äänien erotuskyky heikkenee, konsonanttien kuuleminen vaikeutuu (erityisesti s:n ja t:n erottaminen) ja äänen tulosuuntaa voi olla vaikea aistia. Korvan tasapainoelinten toiminta voi heiketä, mikä voi aiheuttaa kaatumisia. Tasapainoa kontrolloivat myös näköaisti ja lihasten ja jalkapohjien tuntoaistit. (Kelo ym. 2015, 18-19.) Koordinaatiokyky, kosketustunto ja värinätunto heikkenevät (Kan & Pohjola 2012, 29).

Suolen liikkeet hidastuvat ja ruoansulatuskanavan toiminta heikentyy. Suun alueella on hammaskatoa, syljen erityys vähenee ja suu kuivuu herkemmin. Ruoka voi helposti mennä väärään kurkkuun, koska kurkunkansi ei peitä henkitorven yläosaa kunnollisesti. Karvaan ja happaman maistaminen heikkenee. Makunystyröiden kato heikentää suolaisten ja makeiden makujen aistimista. Elimistön lieväkin kuivuminen voi heikentää maku- ja hajuaistia. Siihen vaikuttavat myös syljen erityksen väheneminen, lääkitys ja hajuaistin heikentyminen. On yleistä, että ruokahalu on kateissa. Siihen saattaa liittyä se, että ikääntynyt ei saa enää syömisestä niin

paljon nautintoa kuin nuorempana heikentyneen maku- ja hajuaistin vuoksi. Syljen, mahahapon ja ruoansulatukseen osallistuvien mahaentsyymien erityis vähenee iän myötä, siksi on tärkeää syödä pieniä aterioita usein. Kylläisyyden tunne saattaa tulla aiempaa nopeammin. Jännontunne heikkenee vanhetessa ja se voi altistaa nestetasapainon häiriöille, joita ovat muun muassa sekavuus ja jalkojen kantamattomuus. Riittävä veden juominen ehkäisee myös ummetusta. Kalsiumin ja D-vitamiinin imeytyminen heikkenee, joten on tärkeää huolehtia niiden riittävästä saannista. D-vitamiinin puutos aiheuttaa luukatoa, mutta se on myös yhdistetty infektioihin, diabetekseen, syöpään, verenkiertotauteihin ja hermoston rappeumatauteihin. (Kelo ym. 2015, 20-21.)

Maksan ja munuaisten koko pienenee ja niiden kautta kulkeva verenvirtaus heikkenee ja vähenee. Tämä voi aiheuttaa häiriöitä lääkkeiden poistumisessa ja elimistön neste- ja elektrolyyttitasapainossa. Haiman lipaasituotanto vähenee, ja siten rasvaisten ruokien sulaminen heikentyy. Paastoverensokeri suurenee vähän, ja verensokeri pienenee hitaammin. Tulehdukset ja pahanlaatuiset tuumorit ovat yleisempiä kuin nuorena, koska kehon immuunijärjestelmä heikkenee iän myötä. (Kelo ym. 2015, 25.)

Hermoston muutokset vaikuttavat koko elimistöön. Hermosolut eivät lisäännä enää syntymän jälkeen, ja niitä tuhoutuu koko ihmisen elämän ajan. Aivojen paino pienenee vähitellen ja samalla myös niiden tilavuus pienenee ja isojen aivojen kuorikerros ohenee. Muutoksia tapahtuu myös välittäjäaineiden toiminnassa. Niiden toiminnan arvellaan vaikuttavan keskeisesti vanhenemiseen ja muistisairauksiin. Ihmisellä on hermosoluja alun perinkin enemmän kuin hän tarvitsisi, joten normaaliin vanhenemiseen liittyvä hermosolujen tuhoutuminen ei merkitse vääjäämättä psyykkisen toimintakyvyn heikkenemistä. (Kan & Pohjola 2012, 29.) Suomessa on noin 100 000 lievistä dementiaa kärsivää ja 93 000 keskivaikeasta dementiaa kärsivää ikääntynyttä. 14 500 henkilöä sairastuu vuosittain muistisairauteen. (Käypähoito 2017.)

Aivojen verenvirtaus ja hapen aineenvaihdunta hidastuvat. Verenvirtaus vähenee enemmän aivojen harmaassa aineessa kuin valkeassa, tämän vuoksi keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden kanssa pitää olla hyvin tarkkana. Autonomisessa hermostossa tapahtuu muutoksia, joiden seurauksena monet tahdosta riippumattomat refleksit hidastuvat. Kehon ääreisosien kipukynnys nousee ja sisäelimistä tulevan kivun tunne vaimenee. (Kelo ym. 2015, 25-26.) Ikääntyneen kehossa tapahtuu valtavasti muutoksia, ja ne vaikuttavat suoraan hänen toimintakyvynsä selviytyä kotona.

## 2.2 Ikääntyneen toimintakyvyn ulottuvuudet

Hyvä toimintakyky tekee mahdolliseksi itselle tärkeiden asioiden toteuttamisen (THL 2016c). Toimintakyky on yksilöllistä, ja se vaihtelee ajankohdan ja elämäntilanteen mukaan. Fyysinen

terveys, psykologiset tekijät, riippumattomuus, sosiaaliset suhteet ja ympäristö ovat ikääntyneen elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä. Eri henkilöt voivat selviytyä samasta toimintakyvyn vajeesta huolimatta (esimerkiksi kipu tai huimaus) päivittäisestä elämästä eri tavoin. (Kan & Pohjola 2012, 32) Toimintakyky voidaan jakaa neljään osa-alueeseen, joita kuvaan tarkemmin seuraavissa kappaleissa. Mikäli jokin osa-alue heikkenee, toimintakyky kokonaisuutena huononee ja vanhuksen kyky arjessa selviytyä heikkenee. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 31.) Heikentynyt toimintakyky lisää riskiä muun muassa tapaturmille. Iäkkäiden tapaturmista 80 prosenttia on kaatumisia, liukastumisia ja putoamisia. Ikä on yksi keskeisimmistä kaatumisille altistavista tekijöistä. Yli 65-vuotiaille suomalaisille sattuu 100 000 kaatumistapaturmaa joka vuosi, näistä suurin osa tapahtuu kotona tai sen lähistöllä. Sairaalahoidoa vaativia kaatumistapaturmia tapahtuu miltei 40 000 vuodessa. Kaatumisen seurauksena lonkkamurtuma on yleinen. Yhden lonkkamurtumapotilaan hoito maksaa noin 19 000 € vuodessa. (THL 2016d.)

### 2.2.1 Fyysinen toimintakyky

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä suoriutua fyysistä aktiivisuutta vaativista arkielämän toiminnoista, kuten arkiaskareet, harrastukset ja päivittäiset toiminnot. Iäkkään fyysisen toimintakyvyn kannalta on tärkeää kyky nousta tuolilta ylös, alaraajojen lihasvoima, tasapaino ja kyky kävellä. Seisomiseen itsessään tarvitaan lihastasapainoa, nivelten liikkuvuutta ja ryhtiä. Ikääntyneen alaraajojen lihasvoima heikkenee voimakkaammin kuin yläraajojen, koska alaraajojen käyttö vähenee iän myötä. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 33-35.) Liikkuminen huoneesta toiseen omassa kodissa on hyvin tärkeää kotona selviytymisen kannalta. Asunnossa liikkumista pitää vaikeana jopa neljännes 80-vuotiaista suomalaisista. (THL 2016e.)

Fyysinen toimintakyky voidaan jakaa yleiskestävyyteen, lihaskuntoon ja liikkeiden hallintakykyyn. Lihaskuntoon kuuluu voima, kestävyys ja notkeus. Liikkeiden hallintakykyyn liittyy tasapaino, koordinaatio ja reaktiokyky. Iäkkään fyysiseen toimintakykyyn vaikuttaa myös ravitus, kehon rakenne ja toiminta sekä psykososiaalinen toimintakyky. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 34-35.) Hoitajan tulee osata huolehtia ja kannustaa ikääntynyttä optimaaliseen fyysiseen aktiivisuuteen ja päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Hoitajan tehtävänä muiden ammattilaisten kanssa on suunnitella ja järjestää elinympäristö sellaiseksi, että se tukee itsestä selviytymistä erilaisin apuvälinein. Päivittäisistä perustoiminnoista selviytyminen vaatii fyysistä toimintakykyä, kun taas asioiden hoitaminen ja kaupassa tai pankissa asioiminen edellyttävät paljon psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. (Kelo ym. 2015, 28.)

### 2.2.2 Psyykkinen toimintakyky

Psyykkinen toimintakyky voidaan jakaa kognitiivisiin toimintoihin, psyykkisiin voimavaroihin ja mielialaan. Kognitiivisiin toimintoihin kuuluvat oppiminen, havaitseminen ja muisti. Motivaa-

tio, mieliala ja kyky tiedostaa omat vahvuudet ja heikkoudet ovat tärkeitä psyykkisiä voimavaroja. Minäkäsitys ja itsearvostus liittyvät vahvasti psyykkiseen toimintakykyyn. Ne tarkoittavat ihmisen käsitystä omasta itsestään ja hänen kykyinsä arvioida oman toiminnan merkitystä. Päätöksenteko ja ongelmanratkaisu kuuluvat myös psyykkiseen toimintakykyyn. Psyykinen toimintakyky mahdollistaa ikääntyneen mukautumisen ja selviytymisen hänelle itselleen välttämättömistä rooleista siten, että hän saavuttaa elämänhallinnan ja selviytymisen tunteen. Psyykkisen toimintakyvyn muutokset ovat hyvin yksilöllisiä. Useimmiten muutokset näkyvät uuden asian oppimisen vaikeutena ja tilanteissa, jotka vaativat suoritusnopeutta. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 36-37.)

Puolet iäkkäistä miehistä kokee itsensä onnelliseksi. Naisilla onnellisuuden kokeminen näyttää heikkenevän iän myötä. Elämänlaatu puolestaan heikkenee molemmilla. Vain kolmannes 80-vuotiaista naisista kokee elämänlaatunsa hyväksi. Tämä on yhteydessä terveys- ja toimintakykyongelmien lisääntymiseen iän myötä. Masennusoireet lisääntyvät myös ja siihen voi liittyä ahdistuneisuutta tai päihteiden käyttöä. Naisilla masennusoireet ovat hieman yleisempiä kuin miehillä. (THL 2016f.) Psyykkisen toimintakyvyn tukemisessa on keskeistä se, että hoitaja osaa ottaa huomioon ikääntyneen kognitiiviset toiminnot. Mielialaa voidaan tukea esimerkiksi onnistumisen kokemuksilla, arvostavalla kuuntelulla ja liikunnalla. Ikääntynyt voi harjoittaa muistia tekemällä ristisanoja, lukemalla tai seuraamalla maailman tapahtumia. Tärkeää on aktivoida ikääntynyttä hoitamaan omia asioitaan sekä tekemään itsenäisiä päätöksiä vaikka pukeutumisen suhteen. (Kelo ym. 2015, 29).

### 2.2.3 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalinen toimintakyky on kykyä tulla toimeen yhteiskunnassa vallitsevien arvojen ja normien mukaisesti. Se on myös kykyä selviytyä arkipäivän toiminnoista, vuorovaikutussuhteista ja oman toimintaympäristön rooleista. (Kelo ym. 2015, 30.) Sosiaalisesti toimintakykyinen ikääntynyt kykenee vuorovaikutukseen muiden kanssa ja solmimaan ja ylläpitämään ihmissuhteita. Hänen sosiaalinen verkostonsa muodostuu niistä vuorovaikutussuhteista, joiden kautta hän säilyttää sosiaalisen identiteettinsä ja solmii uusia kontakteja. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 37.) Hyvin toimiva sosiaalinen verkosto on yksi terveyden ja toimintakyvyn tärkeimpiä tukipilareita. Se auttaa stressiä ja vastoinikäymisiä vastaan ja suojaa sydän- ja verisuonitaudeilta. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 37.) On ilmeistä, että hyvä sosiaalinen verkosto voi myös ehkäistä masennukselta ja yksinäisyydeltä. Suomalaisista 80-vuotiaista naisista 20 prosenttia kokee yksinäisyyttä. Yksinäisyyttä aiheuttaa sosiaalisten verkostojen kaventuminen fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen tai läheisen kuoleman myötä. Osallisuuden lisääminen on tärkeä tavoite ikääntyneiden yksinäisyyden lieventämiseksi. (THL 2016g.)

Sosiaalista toimintakykyä voivat rajoittaa esimerkiksi liikuntakyvyn tai muistin huononeminen ja aistitoimintojen heikentyminen. Tämä vaikuttaa sosiaalisiin suhteisiin ja mahdollisuuksiin

osallistua eri tilaisuuksiin ja harrastuksiin. Ikääntyneen tärkeimpiä ihmissuhteita ovat usein omat lapset ja lapsenlapset. Toimiva perhesuhde tukee ikääntyneen selviytymistä ja parantaa elämänlaatua. Jos ikääntyneellä ei ole sosiaalisia suhteita, hän kokee usein turvattomuutta ja tyytymättömyyttä elämäänsä. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 38.) Hoitaja voi tukea ikääntyneitä kannustamalla häntä ulkoiluun tai kyläilyyn tai mahdollistamalla sen (Kelo ym. 2015, 31).

#### 2.2.4 Kotona pärjääminen

Kotona pärjäämisen ja asumisen taustalla on aina ikääntyneen heikentynyt toimintakyky. Heikentyneen toimintakyvyn syinä voi olla kognitiivisten prosessien vähentymistä (esimerkiksi dementia tai Alzheimerin tauti), masennusta, sairauksia, vähäisiä sosiaalisia kontakteja, päihdeidenkäyttöongelmaa tai heikentynyttä näkökykyä. Huono ravitsemustila myös huonontaa yleisvointia ja vaikeuttaa kotona pärjäämistä. Näiden ongelmien seurauksena ikääntynyt tarvitsee erilaista apua ja palveluja pärjätäkseen kotona. Erityisesti monisairastavuus ja kaatumiset ovat keskeisiä riskitekijöitä kotona pärjäämisessä. Ikääntyneiden alkoholinkäyttö on lisääntynyt viime aikoina ja se on myös selkeä kotona asumista vaarantava tekijä. Riskitekijät esiintyvät harvoin yksinään, vaan ne kasaantuvat tyypillisesti samoille ihmisille. On tutkittu, että myös turvattomuuden kokeminen heikentää mahdollisuuksia selviytyä itsenäisestä elämästä. Kotona yksin asuvat huonokuntoiset ja heikon tukiverkoston omaavat ikääntyneet tarvitsevat eniten kotihoidon palveluja. Ikääntyneiden lääkityksessä voi myös olla monenlaisia ongelmia. Ongelmat voivat liittyä liialliseen, liian vähäiseen tai virheelliseen lääkkeiden käyttöön. Tämä voi myös heikentää ikääntyneen kykyä pärjätä kotona. (Laatikainen 2009.) Lääkkeenoton ja ruokailun valvonta ovatkin yksi etäkäyntien tärkeimmistä tehtävistä.

Aktiivisuus edistää kotona pärjäämistä, se on monille omasta kodista huolehtimista, huolenpitoa läheisistä ja omasta hyvinvoinnista. Toisille se tarkoittaa osallistumista yhteisöjen, järjestöjen tai seurakuntien toimintaan tai yhdessä tekemistä ystävien, sukulaisten ja naapurien kanssa. Ikääntyneet ovat myös halukkaita auttamaan muita, joko läheisiään tai tuntemattomampia. Osallistuminen vaikeutuu, jos toimintakyky heikkenee. Ikääntyneiden osallisuutta heikentävät erityisesti muistisairaudet. Silloinkin auttaa, jos saa apua läheisiltä ja omassa kodissa ja elinympäristössä on helppo toimia. (THL 2016a.)

Kotona pärjäämistä tukevat myös apuvälineet, teknologia ja kodin muutostyöt. Myös muut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, esimerkiksi lääkärin ja sosiaalityöntekijöiden palvelut, fysioterapia, intervalli- ja kuntoutusjaksot sekä päiväkeskustoiminta, voivat tukea ikääntyneen kotona asumista. (THL 2016h.)

Tilanne on erityisen vaikea ikääntyneillä, joilla ei ole lapsia, aviopuoliso on kuollut tai ikääntynyt on elänyt elämänsä yksin. Tällaiseen tilanteeseen liittyy monilla yksinäisyyden ja turvattomuuden tunteita. Yksinäisyys saattaa vähentää sosiaalisia voimavaroja. Se voi vaarantaa kotona pärjäämisen ja heikentää tunnetta omasta elämänhallinnasta. Huono taloudellinen tilanne voi myös estää osallistumisen sosiaalisiin tapahtumiin, koska rahat menevät lääkkeisiin ja ruokaan. Kotihoidon työntekijät tuntevat usein ikääntyneet ja yksinäisyyteen liittyvät ongelmat. Yksinäisyyden lievittämiseen ei useinkaan jää aikaa, koska kotikäynnin aika on rajallinen. (Makkonen 2012.)

#### 2.2.5 Toimintakyvyn arviointi

Toimintakyvyn arviointi on tärkeä osa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen työtä. Arviointitulosten perusteella tehdään päätöksiä koskien etuuksia ja palveluita, suunnitellaan toimenpiteitä ja arvioidaan niiden vaikutusta. Lainsäädäntö edellyttää laadukasta arviointia. Ikääntyneen henkilön palveluntarpeiden kartoittamisen yhteydessä ikääntyneen toimintakyky on arvioitava monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä käyttäen. Näin mainitaan ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista koskevassa laissa vuodelta 2013. Toimintakykyä arvioitaessa tulee selvittää, miltä osin ikääntynyt pystyy suoriutumaan tavanomaisista elämän toiminnoista asuin- ja toimintaympäristössään, ja missä asioissa hän tarvitsee tukea ja apua. Arvioinnissa otetaan huomioon ikääntyneen fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä hänen ympäristönsä esteettömyyteen, asumisensa turvallisuuteen ja lähipalvelujensa saatavuuteen liittyvät tekijät. Myös vuonna 2015 voimaan tulleessa uusitussa Sosiaalihuoltolaissa kiinnitetään entistä enemmän huomiota tuen ja palveluiden tarpeiden selvittämiseen, ja näin ollen myös toimintakyvyn arviointi on entistä suuremmassa roolissa. Sosiaalisen toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen selvittämistä edellytetään jokaiselta sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaalta. (THL 2016i.)

Ikääntyneen toimintakykyä ja palvelun tarvetta arvioidaan kotihoidossa ja etähoitossa koko ajan. Palvelutarpeen arvioinnin perusteella asiakkaalle laaditaan kotihoidon palvelusuunnitelma. Palvelusuunnitelmaa voidaan kutsua myös hoitosuunnitelmaksi. Suunnitelman tavoitteena on tukea ja edistää asiakkaan kotona asumista, asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa työotetta sekä palvelujen ja niiden arvioinnin kehittämistä. Palvelusuunnitelma tehdään yhdessä asiakkaan kanssa ja sitä päivitetään olosuhteiden muuttuessa. (Ikonen 2015, 159.) Palvelusuunnitelma on päivittäinen työväline sekä kotihoidon hoitajille että etähoitajille.

#### 2.2.6 Ikääntyneiden lääkehoito ja ravitsemus

Ikääntyneen lääkehoidon turvallinen toteuttaminen on tärkeimpiä ja vaativimpia osaamis-alueita hoitotyössä. Vastuu hoidon toteutuksesta jakaantuu monelle eri henkilölle: lääkärille, sairaanhoitajalle, ikääntyneelle itselleen ja omaisille. Vastuualueet on määritelty tarkasti

lainsäädännössä sekä erilaisilla määräyksillä ja ohjeilla. (Kelo ym. 2015, 172.) Ikääntyneillä on oikeus turvalliseen lääkehoitoon. Monien oireiden kritiikitön hoitaminen erilaisilla lääkkeillä voi aiheuttaa merkittävää haittaa ikääntyneen terveydelle. Lääkehoitoa tulee aina arvioida kokonaisvaltaisesti ja toistuvasti. (Etene 2008.)

Lääkeaineenvaihdunnan muutosten takia ikääntyneet ovat erityisen herkkiä lääkeaineille ja niiden sivuvaikutuksille (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 158). Suusta verenkiertoon imeytyvät lääkkeet imeytyvät hitaammin syljen erityksen vähenemisen vuoksi. Lääkkeiden kulku ruokatorvesta mahalaukuun hidastuu, joten nestettä pitää ottaa ennen ja jälkeen lääkkeenoton. Lääkkeet olisi hyvä ottaa istuma-asennossa. Lääkeaineen vaikutus alkaa hitaammin, koska mahalaukun tyhjeneminen hidastuu, ja näin lääkkeen imeytyminen suolistosta verenkiertoon hidastuu. (Kelo ym. 2015, 173-174.)

Myös lihaksen ja ihon alle annettavien injektioiden imeytyminen hidastuu verenkierron heikkenemisen ja jäykistyneiden hiusverisuoniston seinämien vuoksi. Koska kehon vesimäärä vanhetessa pienenee ja lihaskudos vähenee, myös vesiliukoisten lääkeaineiden (esimerkiksi tulehduskipulääkkeet) jakaantumistilavuus pienenee. Tämä kasvattaa lääkeainepitoisuutta ja voimistaa lääkkeen tehoa. Kehon rasvamäärä kasvaa vanhetessa ja siksi myös rasvaliukoisten lääkeaineiden (esimerkiksi bentsodiatsepiini) jakaantumistilavuus kasvaa. Tämän seurauksena puoliintumisaika ja vaikutusaika pitenevät. Albumiinin määrä, johon lääkeaineet yleisimmin sitoutuvat, pienenee, jolloin lääkeaineen teho kasvaa. Ikääntyneillä metabolia ja lääkeaineen erittyminen munuaisten kautta on hidastunut. Reseptorien määrä ja samalla lääkeaineen kyky kiinnittyä reseptoreihin muuttuu, siksi esimerkiksi beetasalpaajien teho saattaa pienentyä ja vastaavasti opioidien, varfariinin ja furosemidin teho kasvaa. Erityisen alttiita ikääntyneet ovat kipulääkkeiden, antikolinergisten valmisteiden, verenpainetta alentavien ja keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden vaikutuksille ja sivuvaikutuksille. Myös verenpaineen laskua noustessa saattaa ilmetä. (Kelo ym. 2015, 173-174.)

Lääkeaineiden haittavaikutuksia voi olla vaikea tunnistaa, sillä ne saattavat olla hyvin epä-määräisiä. Haittavaikutukset voivat näyttäytyä esimerkiksi huonovointisuutena, yleiskunnon ja/tai muistin heikkenemisenä, huimauksena, kaatuiluna, virtsankarkailuna, sekavuutena tai käytösoireina. Hoitohenkilökunnan, ikääntyneen ja hänen omaistensa olisi tärkeä tietää lääkkeiden mahdollisista haittavaikutuksesta, jotta he voisivat tunnistaa ne ja reagoida ajoissa. (Kelo ym. 2015, 178.)

Haitta- ja yhteisvaikutusten lisäksi ikääntyneiden lääkehoidossa isona haasteena on monilääkitys. WHO on suositellut, että iäkkäälle potilaalle ei saisi määrätä enempää kuin neljää lääkevalmistetta. Laitoshoidossa olevilla potilailla vastaava raja on ollut kahdeksan eri lääkettä. Useiden lääkkeiden samanaikainen käyttö voi aiheuttaa sivuvaikutuksia, ja jos niitä ei tun-

neta, voidaan sivuvaikutuksia alkaa hoitaa uusilla lääkkeillä. Tämä puolestaan lisää lääkkeiden määrää entisestään. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 159.) Tämän vuoksi lääkehoidon kokonaisarvioinnin tulisi olla kaikkien iäkkään hoitoon osallistuvien velvollisuus ja tehtävä. Lääkitykseen liittyvät ongelmat aiheuttavat Suomessa noin 24-41 % ikääntyneiden sairaalaan ostoista. (Kelo ym. 2015, 182-183.) Dementoituneet ikääntyneet eivät aina saa sairauksiinsa riittävää hoitoa. He joutuvat turhaan kärsimään hoidettavissa olevista vaivoista. Riittämätön hoito ei ole eettisesti korkeatasoista hoitoa. Ikääntynyttä ei saa jättää hoidotta siksi, että hänellä on jo monta muiden vaivojen hoitamiseksi tarvittavaa lääkettä. (Etene 2008.)

Ikääntyneiden lääkehoidon tavoitteena on optimaalinen lääkehoito. Sen mukaan ikääntyneellä on käytössään kaikki välttämättömät lääkkeet, niille perusteltu käyttöaihe, sopiva lääkeannos eikä käytössä ole vältettäviä lääkeaineita. Optimaalinen lääkehoito parantaa sairauksia, lievittää niiden oireita ja parantaa ikääntyneen elämänlaatua ja toimintakykyä. (Kelo ym. 2015, 183.)

Ravitsemuksesta ja ruokailusta huolehtiminen on tärkeä osa ikääntyneen perushoitoa. Hyvä ravitsemus ylläpitää terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua. Se myös nopeuttaa sairauksista toipumista ja säästää terveydenhuollon kustannuksia. Kotona asumisen mahdollisuudet ovat paremmat, jos ravitsemustila on hyvä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 8.)

Erityisesti proteiinin tarpeesta tulee huolehtia, saantisuositus on 1-1,2 g/painokilo. Proteiinipuutos altistaa tulehduksille, heikentää elimistön immuunipuolustusta ja hidastaa toipumista. Painehaavoista paranemista ja niiden ehkäisyä tukee runsas proteiinin saanti, koska proteiini huolehtii kudosten uusiutumisesta. Akuutissa sairastumisessa tarve kaksinkertaistuu. Kala ja kasviöljyt ovat tärkeä osa ruokavaliota. (Kelo ym. 2015, 34-35.) Ikääntyneillä on usein myös heikentynyt C- ja D-vitamiinien, foolihapon sekä kalsiumin, sinkin ja kuidun saanti. Tämä voi johtua liian yksipuolisesta ruokavaliosta tai vähäisestä nesteiden saannista. Myös krooniset sairaudet ja lääkitys voivat aiheuttaa lisääntynyttä ravintoaineiden tarvetta. Usein ravitsemustila heikkenee sairaalassa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 17-18.)

Aliravitsemuksesta kärsii 5-20 % kotona asuvista ikääntyneistä. Hoitajat tunnistavat aliravitsemuksen huonosti, vain neljäsosan todetuista tapauksista. (Kelo ym. 2015, 37-38.) Aliravitsemuksen riski on suurimmillaan yli 80-vuotiailla ja heillä on ongelmana liian vähäinen energian saanti sekä laihtuminen (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 8). Ruokahalun heikentymiseen voi vaikuttaa moni asia, kuten haju- ja makuaistin heikkeneminen, huonot hampaat tai epäsopiva proteesi, nopea kylläisyyden tunne, sairaudet, lääkkeet tai masennus (Kelo ym. 2015, 37-38). Hoitajan on tärkeää selvittää ruokahaluttomuuden syy ja pyrkiä vaikuttamaan itse syyhyn. Syynä voi olla myös se, että ateriapalvelun ruoka ei houkuttele syömään,



ruokailutilanne on kiireinen tai ruokailuajat eivät noudata ikääntyneen omaa rytmiä. Ikääntynyt ei saa koskaan pakottaa syömään ja ruokahaluttomuuteen pitää suhtautua ymmärtäväisesti. Hoitaja voi selvittää mistä ruoista ikääntynyt pitää ja mitä hän pystyy nauttimaan ja pyrkiä tarjoamaan niitä hänelle. (Kan & Pohjola 2012, 106.) Ravitsemusongelmat johtavat pitkittyessään ja hoitamattomina virheravitsemuksen noidankehään: laihtumiseen, toimintakyvyn heikkenemiseen, iho-ongelmiin ja tulehduskierteeseen (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 13).

Ravitsemustilan arviointi on tärkeää, jotta ravitsemustilan heikkeneminen voidaan huomata ajoissa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 19). Kotihoidossa ravitsemustilaa seurataan säännöllisillä punnituksilla vähintään kerran kuukaudessa ja MNA (Mini Nutritional Assessment) -testillä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 30).

### 2.3 Kotihoito ja etiikka

Kotihoito on kotipalvelujen, tukipalvelun ja sairaanhoitopalvelujen palvelukokonaisuus, jolla autetaan kotona asuvia eri-ikäisiä avun tarvisijoita, joiden toimintakyky on heikentynyt tilapäisesti tai pysyvästi (Ikonen 2015, 15). Kotihoidon tavoitteena on mahdollistaa, että ikääntynyt voi elää kotona sairauksistaan ja heikentyneestä toimintakyvystään huolimatta (Kelo ym. 2015, 83). Kotihoidon sisällöstä on säädetty sosiaalihuoltolaissa, kansanterveyslaissa ja sosiaalihuoltoasetuksessa. Kotipalveluilla tarkoitetaan asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon ja muuhun tavanomaiseen elämään kuuluvien tehtävien suorittamista ja niissä avustamista. Tukipalvelut voivat olla turva-, aterial-, vaatehuolto-, siivous-, kylvytys-, kuljetus- ja saattajapalveluja sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja. (Ikonen 2015, 15-17.) Etähoito on yksi kotihoidon tukipalvelun muoto. Tukipalvelut järjestetään monissa kunnissa yksityisten yritysten kautta. Asiakas valitsee itse keneltä hän haluaa ostaa palvelun. (Kelo ym. 2015, 85.)

Kotona asuminen on noussut keskeiseksi yhteiskuntapolitiittiseksi tavoitteeksi. Tätä tavoitetta tuetaan monien lakien, suositusten, periaatepäätösten ja ohjelmien avulla. (Ikonen 2015, 12.) 1.7.2013 tuli voimaan vanhuspalvelulaki, jonka mukaan kunnan tulee toteuttaa iäkkään henkilön pitkäaikainen hoito ja huolenpito etupäässä hänen kotiinsa annettavilla avopalveluilla (Kotihoito 2015; Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012). Lailla haluttiin turvata ikääntyneiden palveluiden määrä ja laatu sekä täsmentää aikarajoituksia viranomaisille palveluiden arviointien toteutumiseen (Kelo ym. 2015, 77). Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut yhdessä Kuntaliiton kanssa laatusuosituksen, jonka tavoitteena on turvata hyvä ikääntyminen ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville ikääntyneille. Laatusuosituksen tarkoituksena on myös tukea vanhuspalvelulain toimeenpanoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.) Oikea-aikaiset ja oikeat palvelut

ovat merkittävä itsenäisen suoriutumisen tuki. On tutkittu myös, että panostamalla ikääntyneiden sosiaalipalveluihin on mahdollista säästää terveyspalveluiden menoissa. (Kelo ym. 2015, 77.)

75 vuotta täyttäneitä ikääntyneitä oli säännöllisen kotihoidon piirissä vuonna 2015 noin 56 500, se on vajaa 12 prosenttia vastaavan ikäisestä väestöstä (THL 2016h). Heistä 90 % asuu kotona (Ikonen 2015, 11). Moni ikääntynyt selviää itsenäisesti ja osalla avun tarve on vähäistä. Ne kenellä avun tarve on suurta ja säännöllistä, huolenpito ajoittuu myös viikonloppuihin ja yöaikaan. Ikääntyneen kotona asumista tukevat parhaiten lähellä ja helposti saatavilla olevat, tarvittaessa ympärivuorokautiset sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalvelut. Palvelut voivat hyvin olla myös liikkuvia ja sähköisiä, esimerkiksi etäkonsultaatiota. (THL 2016h.) Suurin osa kotihoidon asiakkaista tarvitsee sekä kotipalveluja että sairaanhoitopalveluja (Ikonen 2015, 180). Kotihoitopalveluita käyttävät pääosin 75-84-vuotiaat, huonokuntoiset ikääntyneet ja he ovat yleensä monisairaita. Heillä saattaa olla sydän- ja verisuonisairauksia, tuki- ja liikuntaelinten sairauksia, diabetesta, hengitysteiden sairauksia, syöpää, dementiaa ja mielenterveys- tai päihdeongelmia. (Ikonen 2015, 42-43.)

Kotihoidossa toteutetaan lääkärin määräämiä, asiakkaiden sairauksien vaatimia tutkimuksia, seurantaa ja hoitoa. Työhön kuuluu kliinistä osaamista vaativia tehtäviä, kuten näytteidenottoa, mittausten tekemistä, haavanhoitoa, avannehoitoa ja lääkehoitoa. (Ikonen 2015, 180.) Kotihoidon työntekijät ohjaavat asiakkaita ja heidän omaisiaan lääkehoidossa, seuraavat lääkehoidon onnistumista, lääkkeiden vaikutuksia ja haittavaikutuksia sekä tiedottavat hoitavaa lääkärinä tarpeen mukaan (Ikonen 2015, 250). Lääkkeenjaon käytännön toteutus tapahtuu usein apteekin lääkejakeluna. Kotikäyntien yhteydessä hoitaja tekee hoidollisia ratkaisuja itsenäisesti, mutta usein tilanne vaatii lääkärin konsultaatiota. (Ikonen 2015, 180.) Sairaanhoitaja toimii usein oman alueensa kotihoidon tiimin vetäjänä. Hän jakaa alueensa asiakkaat lähihoitajille ja varmistaa esimiehensä (kotihoitajan ohjaaja) kanssa palvelun laadun. (Kelo ym. 2015, 85.)

Hoitotyötä ohjaavat eettiset periaatteet ovat ihmisarvon kunnioittamisen periaate, hyvän tekemisen ja pahan välttämisen periaate, oikeudenmukaisuuden ja perusteltavuuden periaate (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 30). Hoitotyön etiikan peruslähtökohdat ikääntyneillä ovat samat kuin muissakin ikäryhmissä, mutta ikääntymiseen liittyvät rajoitteet tuovat siihen erityisvaatimuksia. Ikääntyneet ovat riippuvaisia toisen ihmisen tuesta ja yhteiskunnan palveluista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 278-280.) Kyvyttömyys selviytyä itsenäisesti arjen toimista tekee ihmisestä haavoittuvan ja muista riippuvaisen (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 14).

Ikääntyneillä voi olla normaalin ikääntymisen lisäksi sairauden tuomia rajoitteita. Hoitotyössä on huolehdittava erityisen tarkasti, että ikääntyneen oikeuksia ei kavenneta iän tai sairauden

vuoksi. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 280.) Ikääntyneen kohtelu yksilönä on keskeinen eettisesti kestävän hoidon perusta (Etene 2008). Hoitotyön etiikan kannalta on tärkeää, että hoitotyöntekijä on osaltaan vastuussa ikääntyneen hyvästä hoidosta ja kohtelusta. Hoitajan velvoitteena on ajaa ikääntyneen asioita ja valvoa hänen etujaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 281.) Ikääntyneellä on oikeus saada asianmukaista hoitoa ja palveluja arkensa kohtuullisten tarpeiden tyydyttämiseksi (Etene 2008). Terveystieteiden laki potilaan asemasta ja oikeuksista sisältää potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvät tärkeimmät periaatteet. Keskeisiä potilaan oikeuksia ovat tiedonsaantioikeus, itsemääräämisoikeus, oikeus hyvään terveyden- ja sairashoitoon ja inhimilliseen kohteluun. (Ikonen 2015, 192.)

Kotona asuvan ikääntyneen hoitoon liittyy eettisiä kysymyksiä kahdesta syystä: hänen kotiaan ei kunnioiteta riittävästi hänen omana alueenaan ja hänen hoitonsa jatkuvuutta ei turvata. Hoitajan pitää ymmärtää kodin merkitys ikääntyneelle, se on hänen turvapaikkansa ja hoitaja on siellä vieraana. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 282.) Monenlaista apua tarvitseva ikääntynyt menettää helposti yksityisyytensä ja sitä myötä ihmisarvonsa. Henkilökohtainen hygienia, arkaluontoiset henkilötiedot tai yksityiset henkilösuhteet ovat ikääntyneen yksityisasiota. Niiden pitäminen luottamuksellisina on hoitajan eettinen velvollisuus. (Etene 2008.) Yksityisyys on yksilön perusoikeuksia ja sen kunnioittaminen on tärkeää ihmisen fyysiselle, psyykkiselle, emotionaaliselle ja hengelliselle hyvinvoinnille (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 146).

Hoidon jatkuvuus on pitkälti vaihtuvien hoitotyöntekijöiden varassa. Oleellista hoidon jatkuvuudessa on tiedon siirtyminen ja luottamuksellisuus. Ammattilaista sitoo vaitiolovelvollisuus. Yleisimpiä kotisairaanhoidon etiikan tutkimuksissa havaittuja ongelmia ovat kiire ja tiedonkulun puute. Näihin ongelmiin on haettu ratkaisuja muun muassa hyvinvointiteknologiasta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 282-283.) Ikääntyneiden etähoito on tästä hyvä esimerkki. On mielenkiintoista nähdä vähentääkö se kiirettä ja puutteita tiedonkulussa.

## 2.4 Etähoito palvelukeskus Helsingissä

Tässä tutkielmassa etähoitoa tarkastellaan Palvelukeskus Helsingin etähoitopalvelun kautta. Palvelukeskus Helsingin etähoitopalvelu aloitti toimintansa keväällä 2014. Ennen varsinaista toimintaa oli ollut etähoidon pilottihankkeita, joissa oltiin kerätty kokemuksia ja palautetta ikääntyneiltä, heidän omaisiltaan ja hoitajilta. Palvelukeskus jakautuu puhelin- ja hyvinvointipalveluihin sekä ateriapalveluihin. Puhelin- ja hyvinvointipalveluyksikköä kutsutaan Hoivaksi, jossa toimii etähoito ja turvapalvelut. (Karvinen 2017.)

Etähoito on asiakkaiden hoitamista, ohjaamista, tukemista ja elintoimintojen seuraamista etäteknologian avulla (Vuononvirta 2011, 20). Palvelukeskuksen etähoito on kuva- ja äänivä-

litteistä kotihoitoa, jossa asiakkaan vointia voidaan seurata virtuaalipalvelun avulla. Etähoitaja ottaa asiakkaaseen yhteyden tabletin kuvaruudun välityksellä ennalta sovittuina aikoina ja suorittaa kotikäynnin, joka pohjautuu asiakkaan hoitosuunnitelmaan. Asiakas voi myös itse soittaa Palvelukeskukseen. Virtuaalipalvelu toteutetaan yhteistyössä kotihoidon ja asiakkaan muiden hoitotahojen kanssa. Virtuaalipalvelu voi olla osana kotihoidon palveluja tai se voidaan kotihoidon tilaamana hankkia ensimmäiseksi kotihoidon palveluksi ennen kuin asiakas tarvitsee fyysisiä kotihoidon käyntejä. (Palvelukeskuksen esite.) Etähoidon tavoitteena on lisätä asiakkaiden turvallista kotona asumista (Helsingin kaupunki 2014, 13).

Palvelukeskus tarjoaa myös tuolijumppaa ja virtuaalikuntoutusta, joka toteutetaan yhdessä Syystien palvelukeskuksen kanssa. Virtuaalikuntoutus antaa ikääntyneelle mahdollisuuden osallistua kuntoutukseen, vaikka hän ei enää pystyisi lähtemään kotoaan. Hän saa etäyhteyden kautta mahdollisuuden vuorovaikutukseen muiden ikääntyneiden kanssa. Jotta virtuaalikuntoutus voisi onnistua, ikääntyneellä pitää olla sen verran näkö- ja kuulokykyä tallella, että hän saa selvää tabletin ohjeista. (Helsingin kaupunki 2015.)

Palvelukeskuksen palvelupäällikön mukaan virtuaalipalvelun kasvu on yllättänyt. Asiakasmäärä on kaksikymmenkertain kahdessa vuodessa, tänä vuonna etähoidossa tavoitellaan 900 asiakkaan rajan rikkoutumista. Uusille asiakkaille tarjotaan automaattisesti yhtä etäkäyntiä päivässä, jos kotihoidon fyysisiä käyntejä on yhteensä esimerkiksi kolme päivässä. Etäkäyntejä oli aluksi kuukaudessa 1000, kun nyt niitä on jo lähes 20 000. Etähoito on asiakkaille täysin vapaaehtoista ja toistaiseksi maksutonta. Asiakkaiden ikähaarukka on 5 kuukautta - 99 vuotta. Nuorempi ikäryhmä selittyy tuberkuloosilääkityksillä. Asiakkaana on myös lievästi kehitysvammaisten ryhmäkoti, jossa nuoret opettelevat itsenäistä asumista ja etähoito hoitaa mahdolliset nuorten yöajan kontaktit. Yksi etähoitaja ottaa vuoronsa aikana noin 50-60 etäkontaktia. Ensimmäinen etäkäynti on klo 6 ja viimeinen klo 22, yöpäivystyksen hoitaa turvapuhelinpäivystys. Etähoito toimii ympäri vuorokauden, joten se parantaa asiakkaiden turvallisuuden tunnetta ja palvelua. Etähoitajia on erilaisissa työvuoroissa noin 20/vuorokausi, joista osa on keikkatyöntekijöitä. (Karvinen 2017.)

Asiakkaan ei tarvitse osata käyttää tablettia, koska laitteeseen koskeminen ei ole välttämätöntä. Tablettia ei myöskään tarvitse ladata, koska latausjohto on yleensä kiinnitetty pistorasiaan. Tärkeimmät etäkäynnit koskevat lääkkeenoton valvontaa ja muistuttamista, ravitsemuksen ja yleisvoinnin seuranta, jumppaa, sokeriarvojen mittaamista ohjatusti, ahdistuksen ja yksinäisyyden lievittämistä, aamuherätystä ja päivätoimintaan tms. lähdön muistuttamista, aamutoimista tai ulkoilusta muistuttamista. Kotihoidolla on vastuu lääkkeenjaosta ja hoitosuunnitelman päivittämisestä. Etähoitaja tekee kirjaukset henkilötietojärjestelmä Pegasokseen ja on ajan tasalla asiakkaan hoitosuunnitelman muutoksista. (Karvinen 2017.)

#### 2.4.1 Tutkimuksia etähoidosta

Palvelukeskus Helsingille on tehty kaksi opinnäytetyötä. Vaaralan (2016) opinnäytetyö (YAMK) käsittelee asiakkaiden kokemuksia Palvelukeskus Helsingin etähoidosta. Toinen opinnäytetyö käsitteli kotihoidon laadullisten kriteerien toteutumista virtuaalihoidossa. Kaiken kaikkiaan etähoitoa on tutkittu vähän, koska se on suhteellisen uusi hoitomuoto. Sen sijaan etävastaanotosta ja etäteknologian hyödyntämisestä terveydenhuollossa on tehty jonkin verran sekä suomalaisia että kansainvälisiä tutkimuksia. Kohderyhminä ovat olleet sydämen vajaatoimintapotilaat, diabeetikot ja ortopediset potilaat. (Vuononvirta 2011.)

Vaaralan (2016) mukaan etähoidon asiakkailla ei esiintynyt juuri lainkaan ennakokuluvoja etähoitoa kohtaan ennen palvelun alkamista. Suurin osa oli saanut palvelun ja laitteen käyttöön riittävästi ohjausta, joskin jotkut kokivat, etteivät olleet saaneet ohjausta lainkaan. Haastateltavat olivat pääosin tyytyväisiä etähoitoon ja kokivat sen hyväksi palveluksi. Monet kokivat, että etähoidosta oli heille apua ja etähoito oli parantanut heidän lääkkeiden ottoaan, olotilaansa, ravitsemusta ja turvallisuuden tunnetta. Osa taas ei kokenut turvallisuuden tunteen parantuneen. Kaikki haastateltavat kokivat tabletin käytön helpoksi. Etähoitajan ja asiakkaan välisillä keskusteluilla oli tärkeä merkitys asiakkaiden kokemaan tyytyväisyyteen etähoitoa kohtaan. Esille nousi etähoitajien vuorovaikutus- ja keskustelutaitojen tärkeys koettuun asiakastyytyväisyyteen. Palvelun koettiin sopivan yksinäisille ja yksin asuville. Jotkut haastateltavat toivoivat hoitajilta enemmän kokemusta ja sairaanhoidollista asiantuntemusta. Suurin osa koki etähoidon soveltuvan heidän käyttöönsä. Etähoitopalvelun hinta vaikutti monella siihen, aiottiinko palvelua käyttää jatkossakin. Tutkimus osoitti, että etähoito ei yleensä parantanut haastateltavien kotona pärjäämistä.

Vuononvirta (2011) on tutkinut etäterveydenhuollon käyttöönottoa terveydenhuollon verkostoissa. Hän haastatteli terveyskeskuksen työntekijöitä. Heidän mukaansa etäterveydenhuollon käyttöönottoon vaikuttavat laitteiden helppokäyttöisyys, toimintamallista koituva hyöty, tarve käytölle, työntekijöiden asenteet ja ajan puute. Työntekijöiden kokemukset teknologian aikaisemmasta käytöstä terveyskeskuksissa vaikuttivat heidän valmiuteensa ottaa käyttöön uusia sovelluksia. Ajan puute oli yksi käyttöönottoa hidastava tekijä. Pula työntekijöistä aiheutti työntekijöille paineita selviytyä jokapäiväisestä potilastyöstä. Työntekijöiden tietämättömyys toimintamallista mainittiin myös yhtenä käyttöönottoa hidastavana tekijänä. Ne työntekijät ketkä olivat itse käyttäneet videopuhelinlaitteita aiemmin, suhtautuivat positiivisemmin etäterveydenhuoltoon kuin ne, ketkä eivät olleet käyttäneet videopuhelinlaitteita. Työntekijöiden mukaan potilaat olivat usein varsin tyytyväisiä etävastaanottoon. Tutkimuksen mukaan etäterveydenhuollon toimintamalli sopii parhaiten kroonisten sairauksien hoitoprosessien toteutukseen.

Vaarala (2016, 24) esittää, että Lu, ym. (2014) on tutkinut etähoidon käyttöä vaihtoehtona kroonisten sairauksien hoidossa. Suurin osa tutkimukseen osallistujista koki palvelun hyödylliseksi ja käteväksi. He kokivat turvallisuuden tunteen lisääntyneen, koska heidän terveydentilaansa seurattiin päivittäin. Vaarala (2016, 25) esittää myös, että Van der Heide, Willems, Spreeuwenberg, Rietman ja de Witte (2012) arvioivat vuoden mittaisen jakson aikana vaikutus CareTV kotona asuvien ikääntyneiden yksinäisyyden ja turvallisuuden tunteisiin. Tulosten mukaan CareTV:n käyttö vähensi heidän yksinäisyyttään merkittävästi, mutta turvallisuuden tunteeseen se ei vaikuttanut.

Vaaralan (2016, 25) mukaan Woodend, ym. (2008) tutkivat etähoidon vaikutuksia sydänsairauspotilailla, joilla oli korkea riski joutua takaisin sairaalahoitoon. Tutkimus osoitti, että etähoitovalvonta ehkäisi merkittävästi sairaalaan joutumista sekä vähensi sairaalassa vietettyjä päiviä. Tutkimukseen osallistujat kokivat myös elämänlaadun ja toimintakyvyn parantuneen merkittävästi.

Vaaralan (2016, 26) mukaan Rahimpour, Lovell, Celler ja McCormick (2012) tutkivat sydämen vajaatoimintaa ja/tai keuhkohtaumaa sairastavien potilaiden käsityksiä etähoitojärjestelmästä. Useimmat pitivät järjestelmää hyödyllisenä ja miellyttävänä käyttää. Etähoidon avulla säästyi aikaa ja vaivaa. Etähoidon koettiin tuovan tämän lisäksi myös mielenrauhaa.

Yhteenvedona etähoidon tutkimuksista Vaaralan (2016, 28) mukaan voidaan todeta, että etähoito koettiin useimmiten myönteisenä ja hyödyllisenä palveluna. Jotkut kokivat elämänlaadun ja toimintakyvyn parantuneen (Woodend, ym. 2008). Vaarala (2016, 27) toteaa, että joissakin tapauksissa etähoidon koettiin säästävän aikaa ja vaivaa (Rahimpour, Lovell, Celler & McCormick 2012). Etähoidon asiakastytyväisyyteen vaikutti hoitajien vuorovaikutus- ja keskustelutaidot. Vaarala (2016) summaa, että valtaosassa tutkimuksista palvelun koettiin lievittävän jonkin verran yksinäisyyttä, mutta turvallisuuden tunteen kokemiseen, sillä ei useinkaan ollut vaikutusta. Laitteet koettiin useimmiten helppokäyttöisiksi mutta ohjausta niiden käyttämiseen toivottiin enemmän. Hoitajien kokemusten mukaan etäterveydenhuollon käyttöönottoon vaikuttivat laitteiden helppokäyttöisyys, sen hyöty ja tarve sekä työntekijöiden asenteet ja ajan puute (Vuononvirta 2011). On ilmeistä, että ikääntyminen asettaa erityisiä haasteita teknologian käytölle.

#### 2.4.2 Ikääntyneiden erityispiirteitä teknologian suhteen

Ikääntyneiden teknologian käyttö on yhä enemmän esillä digitalisaation vuoksi. Geroteknologialla tarkoitetaan ikääntyneitä palvelevaa teknologiaa, jolla pyritään parantamaan heidän elämänlaatuaan. Teknologia voi auttaa ikääntyneitä selviytymään arjessa paremmin, lisätä hänen aktiivisuuttaan ja ikääntyneen ja hänen läheistensä turvallisuuden tunnetta sekä mahdollistaa kotona asuminen mahdollisimman pitkään. (Kelo ym. 2015, 87-88).

Geroteknologiset sovellukset liittyvät terveyteen, asumiseen, liikkumiseen, kommunikointiin, viihtymiseen, vapaa-aikaan ja työhön. Ikääntyneille suunnatun teknologian tulee olla käytettävyydeltään ja vuorovaikutteisuudeltaan vaivatonta ja helppoa. (Kelo ym. 2015, 87-88.) Laitteiden sopivuutta tulee myös arvioida työntekijöiden näkökulmasta siten, että kuinka ne sopivat työntekijöiden työhön ja työoloihin. Teknologia voi parantaa merkittävästi ikääntyneen seurantaa ja hoitoa, mutta laitteet eivät korvaa inhimillistä hoivaa ja huolenpitoa. (Etene 2008.)

Ikääntymiseen liittyy yksilöllisiä toimintakyvyn muutoksia, jotka on otettava huomioon teknologiaa hankittaessa. Fyysisiä muutoksia tapahtuu aistien toiminnassa, käden motorikassa ja liikuntakyvyssä. Sorminäppäryyden ja ranteen liikkuvuuden heikentyminen tekee hankalaksi pienten kytkinten ja nappuloiden käytön. Hiiren käyttö saattaa olla myös vaikeaa sen tarkkuutta vaativan hallinnan vuoksi. Laitteen käyttö hankaloituu, jos siihen sisältyy useita nopeasti muuttuvia käytön vaiheita. Laitteen käytössä on otettava myös huomioon siihen tarvittava voima. Heikentynyt näkö vaikeuttaa pienen tekstin lukemista. Ikääntyneellä on vaikeaa erottaa se mistä suunnasta ääni tulee ja korkeiden äänten kuuleminen heikkenee. (Kelo ym. 2015, 89).

Psyykkiset ja kognitiiviset muutokset liittyvät motivaatioon ja muistiin. Motivaatio opetella uusia asioita voi heikentyä ja oppiminen saattaa olla hitaampaa ja asioiden muistissa pitäminen vaikeampaa. (Kelo ym. 2015, 89.) Oppiminen ja muistaminen liittyvät kiinteästi toisiinsa. Oppimisella tarkoitetaan muistiin painamisen ja tiedon tallentamisen lisäksi muistettavan asian ymmärtämistä ja sen liittämistä aiempaan tietoon ja kokemuksiin. Oppimiseen tarvittava aika lisääntyy ikääntyneillä. Jos aikaa on riittävästi, ikääntyneiden oppiminen voi olla yhtä hyvää ja tehokasta kuin nuorten. Iäkäs oppii eri tavoin kuin nuori, hän oppii kokonaisuuksia helpommin kuin irrallisia yksityiskohtia. Uusi tieto rakentuu aiemmin opitun pohjalta. Muistin toimintaa heikentää muun muassa passiivisuus, ärsykkeetön ympäristö, muistin vähäinen käyttö, masennus, sairaudet, liikunnan puute, väsymys ja huono ravitsemus. (Kan & Pohjola 2012, 15-16.)

Ikääntyneen kohdalla on ratkaisevaa se, kokeeko hän hyötyvänsä teknologiasta. Ikääntyneellä voi olla ennakkoasenteita ja pelkoja teknologiaa kohtaan ja nämä saattavat estää häntä kokeilemasta uutta. Tärkeää on olla halu ja kyky hyödyntää teknologiaa arjessa, koska silloin sen käyttöön myös sitoutuu. Hoitotyöntekijän rooli teknologian tarpeen arvioinnissa, käyttöönotossa ja seurannassa on keskeistä, koska hän tuntee asiakkaansa parhaiten. (Kelo ym. 2015, 89-90.) Vaaralan (2016) tutkimus osoitti, että ikääntyneet kokivat tabletin käytön helpoksi. Suurella osalla haastateltavista oli käytössä "pakota soitto"-toiminto, jossa asiakkaan ei

tarvitse koskea laitteeseen lainkaan. Vaarala tuli myös siihen lopputulokseen, että ikääntyneet eivät olekaan kovin ennakkoluuloisia teknologiaa kohtaan. Suurin osa heistä oli tyytyväisiä etähoitoon.

#### 2.4.3 Vuorovaikutus ja ohjaaminen etähoidossa

Psykososiaalisen ajattelun mukaan vanhuus on eheyttävää aikaa, koska silloin yksilö jäsentää omia kokemuksiaan ja elämäänsä. Ikääntynyt on joutunut luopumaan monista asioista elämässään ja kotihoidon hoitaja kohtaa työssään elämän rajallisuuden ja ihmisen vajavaisuuden. Nykyään kotihoidossa korostetaan enemmän jäljellä olevien voimavarojen hyödyntämistä ja vanhuuden hyviä puolia kuten viisautta ja elämäkokemusta. Hoitajan on tärkeä ymmärtää ikääntyneen kokonaistilanne. Ikääntyneen kanssa työskenneltäessä korostuvat vuorovaikutustaidot, ymmärtäminen ja arjen yli näkeminen. (Ikonen 2015, 43.) Vuorovaikutuksen laatu vaikuttaa suoraan toiminnan laatuun kaikessa hoito- ja ihmissuhdetyössä (Kan & Pohjola 2012, 68).

Vuorovaikutus on sosiaalista ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen vaihtoa. Kommunikaation tehtävänä on välittää tietoa tai toimia ihmissuhteen rakentajana. Sanallisen kommunikaation ongelmana on se, että sanojen merkitys ei ole sama kaikille. Myös ihmisen kyky ilmaista itseään sanallisesti voi vaihdella. Suurin osa kommunikaatiosta on sanatonta ja hoitajan on huomioitava myös se, mitä ei sanota. Ilmeet, eleet ja äänenpaino ovat tärkeitä. Sanaton viesti kertoo hoitajalle henkilön tunnetilasta täsmällisemmin kuin sanallinen, koska kehonkieli ei valehtelee. Auttava vuorovaikutussuhde on sellainen, jossa hoitajan tunteet ovat todellisia ja aitoja ja ikääntynyt hyväksytään yksilönä omine arvoineen ja oikeuksineen. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 13-15). Vuorovaikutuksessa ovat mukana sekä hoitajan että hoidettavan kokemukset, arvot, uskomukset ja niihin liittyvät tunteet (Kan & Pohjola 2012, 68).

Avoimuus on taitoa kuunnella, ymmärtää ja hyväksyä erilaisuutta ja myös kritiikkiä. Se on avointa ja realistista suhtautumista eteen tuleviin tilanteisiin. Hyväksyntä vuorovaikutussuhteessa on hyvin tärkeää ikääntyneelle, sillä hän kokee entistä enemmän lämpöä ja turvallisuutta, kun hänet hyväksytään yksilönä ja kun häntä ymmärretään. (Mäkelä ym. 2001, 15.) Kun yhteinen kieli puuttuu tai asiakkaalla on ongelmia kuulon kanssa tai puheen ymmärtämisessä, hyvät kommunikointi- ja vuorovaikutustaidot korostuvat (Ikonen 2015, 175).

Ikääntyneet saattavat myös kärsiä masennuksesta tai muistivaikeuksista tai olla ahdistuneita vaikean kriisin vuoksi. Hoitajan ja ikääntyneen välillä voi myös olla sukupolvien välinen kuilu tai virheellisiä ennakkokäsityksiä. (Kan & Pohjola, 2012, 69). Hoitajalta vaaditaan tarkkaavaista kuuntelemista, jotta ohjaus voisi rakentua asiakkaan voimavaroja tukevaksi (Kyngäs,



Kääriäinen & Poskiparta 2007, 79). Yhteistyön kenties tärkein edellytys on luottamus, se vaatii aikaa ja jatkuvuutta. Jotta ikääntynyt voisi turvautua hoitajaan, se edellyttää sitä, että hän kokee tulevaisuuden hyväksytyksi ja ymmärretyksi ja, että hänen heikkoutensa otetaan vastaan ja pelkoja lievitetään. Hoitajan on toimittava tavalla, joka saa ikääntyneen tuntemaan olonsa turvalliseksi ja herättämään hänen luottamuksensa hoitajaa kohtaan. (Mäkelä ym. 2001, 19-20).

Etähoidossa vuorovaikutus ja ohjaaminen tapahtuvat tabletin kuvaruudun välityksellä. Vuorovaikutus on keskustelua ja toimintaa etähoitajan ja asiakkaan välillä. Etähoitaja tarkkailee asiakkaan vointia, muistuttaa häntä lääkkeenotosta, ruokailusta tai tärkeistä menoista, hän voi myös ohjata ja valvoa lääkkeenottoa, ruokailua tai sokeriarvojen mittaamista. (Palvelukeskus Helsinki, tutustumiskäynti 6.2.2017.)

Ohjaaminen on ikääntyneen ja hoitajan välistä aktiivista ja tavoitteellista toimintaa. Se pyrkii edistämään ikääntyneen kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä hänen haluamallaan tavalla. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 117.) Ohjaus perustuu niihin asioihin, joita ikääntynyt nostaa esiin ja jotka ovat tärkeitä hänen hyvinvoinnilleen ja toimintakyvylleen (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 121). Hoitaja auttaa ikääntynyttä löytämään omat voimavaransa, kannustaa häntä ottamaan vastuuta toimintakyvystään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Tavoitteena on vahvistaa ikääntyneen selviytymistä. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 117.)

Onnistuneen ohjauksen tavoitteena on herättää ikääntyneen mielenkiinto opittavaa asiaa kohtaan ja tukea hänen motivoitumistaan itsensä hoitamiseen. Hoitajan kyky ohjata ja keskustella ikääntyneen kanssa tasavertaisesti sekä taito kuunnella ja havainnoida häntä ovat edellytyksiä sille, että ikääntynyt ymmärtää annetut ohjeet. Hoitajan tulee osata arvioida mitkä ovat ikääntyneen ohjauksen tarpeet ja mitkä ovat ikääntyneen yksilölliset ominaisuudet ja voimavarat oppimiselle. Ohjaus etenee ikääntyneen ehdoilla ja ottaa huomioon hänen tunteensa. Hyvä ohjaus on vastuun antamista ja ikääntyneen kykyihin luottamista. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 116-117.)

Hoitaja ei voi ajatella, että ikääntynyt on passiivinen hoidon ja hoivan kohde, jonka arki koostuu pelkästään hoitajan ikääntyneeseen kohdistuvista toimenpiteistä. Ikääntyneellä tulee olla aina mahdollisuus itsenäiseen päätöksentekoon ja itsemääräämiseen. Ikääntynyt on oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja on puolestaan ohjauksen asiantuntija. Hoitajan tulee myös varmistaa, että ikääntyneellä on mahdollisuus pysyä osana yhteiskuntaa sekä osallistua aktiivisesti häntä kiinnostaviin asioihin liittyen hänen hoitoonsa ja hyvinvointiinsa. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 117.)

Kyngäs ym. (2007, 74) jakaa ohjausmenetelmät yksilöohjaukseen, ryhmäohjaukseen ja audiovisuaaliseen ohjaukseen. Yksilöohjaus on oppimisen kannalta usein tehokkain menetelmä

koska siinä ollaan kahdensuuntaisessa vuorovaikutuksessa. Asiakkaalla on mahdollisuus esittää heti kysymyksiä ja saada tukea hoitajalta, myös mahdolliset väärinkäsitykset voidaan oikaista keskustelemalla. Yksilöohjaus on henkilökohtaista ja asiakkaalle räätälöityä. (Kyngäs ym. 2007, 74.) Audiovisuaalista ohjausta voidaan toteuttaa monella eri tavalla, esim. puhelimen, videoiden, äänikasettien (näkövammaiset), tietokoneohjelmien tai demonstraation avulla (Kyngäs ym. 2007, 116-117). Tietokoneavusteinen ohjaus ei vaadi ohjattavalta tietokoneenkäyttötaitoa, eikä myöskään huono näkö tai koordinaatiokyky ole esteenä ohjaukselle. Potilaat hyötävät ohjauksesta iästä riippumatta. Tietokoneavusteisen ohjauksen on osoitettu lisäävän potilaan tietoa ja edistävän toivottua hoitokäyttäytymistä. (Kääriäinen 2007, 36.)

Etähoidossa ohjaaminen on yksilöohjausta. Etähoitaja ohjaa ikääntynyttä kuva- ja äänivälitteisesti. Ohjeiden pitää olla lyhyitä ja selkeitä. Hoitajan pitää ottaa huomioon ikääntyneen toimintakyky vastaanottaa ohjausta. Tuolijumpassa ja virtuaalikuntoutuksessa ohjaaminen on ryhmäohjausta. (Palvelukeskus Helsinki, tutustumiskäynti 6.2.2017.)

### 3 Opinnäytetyön toteuttaminen

#### 3.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä sähköisen kyselyn avulla tietoa Helsingin kotihoidon terveyden- ja sairaanhoitajilta (N=296) Palvelukeskus Helsingin etähoidon toimivuudesta ja pyytää kehittämis ehdotuksia. Tarkoituksena oli selvittää kotihoidon hoitajien näkökulmasta saako etähoidon asiakas tarvitsemaansa hoitoa, ja miten kotihoidon hoitajat ovat kokeneet etähoidon toimivuuden.

Tavoitteena oli tuottaa tietoa Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskukseen, jotta palvelua voitaisiin kehittää entistä laadukkaammaksi. Opinnäytetyö suoritettiin tilaustyönä Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskukseen, jossa etähoito koetaan tärkeänä ja kasvavana kotihoidon tukipalveluna. He haluavat panostaa etähoidon kehittämiseen. Myös Euroopan Unioni kokee aiheen tutkimisen tärkeänä. Tämä opinnäytetyö on osa EU:n rahoittamaa DeDiWe-hanketta.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten hoitajat kokevat etähoidon toimivuuden?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat etähoidon onnistumiseen?

### 3.2 Tutkimuksen empiirinen toteutus

Tämä opinnäytetyö on toteutettu kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä käyttäen. Kvantitatiivinen tutkimus vastaa esimerkiksi kysymyksiin ”kuinka paljon” tai ”miten usein”. Kvantitatiiviset menetelmät tuottavat tuloksia, joiden avulla saadaan tietoa muuttujien välisistä suhteista ja eroista. (Vilkkä 2007, 13.) Kvantitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä, että teoreettisia käsitteitä käytetään erityisesti mittareiden rakentamisen tukena (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 62). Muuttujat voivat esimerkiksi olla riippumattomia eli selittäviä tai riippuvia eli selitettäviä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55).

Tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia tutkitaan tässä opinnäytetyössä kuvailevien tietojen, kuten tunnus- ja hajontalukujen (keskiarvo, keskihajonta) avulla. Määrällisessä tutkimuksessa tutkija tulkitsee ja selittää olennaisen numerotiedon sanallisesti ja kuvaa millä tavalla eri asiat liittyvät toisiinsa tai eroavat toisistaan (Vilkkä 2007, 14). Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin määrällinen tutkimus, koska tutkimuksen tarkoituksena on saada yleistettävää tietoa laajasta kohderyhmästä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 54). Lisäksi laajaa kohderyhmää olisi ollut työlästä ja aikaavievää haastatella.

Opinnäytetyö aloitettiin tiedonhauilla etsien kirjallisuutta ja tutkimuksia etähoidosta, kotihoitosta ja ikääntymisestä. Tiedonhaun tavoitteena oli rakentaa teoriapohja mittarin väittämien rakentamiseksi. Opinnäytetyötä varten haastateltiin Palvelukeskus Helsingin palvelupäällikköä ja tutustuttiin etähoitajien työhön palvelukeskuksessa. Tehtiin tutustumiskäyntejä myös Mäntylänselän kotihoitoon ja erään heidän etähoitoasiakkansa kotiin. Haastattelu ja käynnit antoivat hyvän kokonaiskuvan etähoidosta sekä loivat perustan teorian tiedon kanssa opinnäytetyön tekemiselle, sillä kirjallisuutta ja tutkimustietoa etähoidosta on varsin vähän. Tutkimuslupa haettiin Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksesta. Sen jälkeen sähköinen kyselylomake esitettiin kahdella toimeksiantajan valitseamalla henkilöllä. Muutosehdotuksia kyselylomakkeen sisältöä tai toimivuutta koskien ei tullut. Tämän jälkeen kysely lähetettiin Helsingin kaupungin kotihoitopäällikölle, joka lähetti kyselyn Helsingin kotihoidon 296 terveyden- ja sairaanhoitajalle.

### 3.3 Tutkimuksen kohderyhmä

Heikkilän (2014) mukaan otos on edustava pienoiskuva perusjoukosta. Otoksen muodostavat kaikki tutkimukseen valituksi tulleet vastaajat. Otannon idea on, että kooltaan perusjoukkoa huomattavasti pienemmän otoksen perusteella saadut tulokset voidaan yleistää koskemaan koko perusjoukkoa. (Vehkalahti 2008, 43.) Perussääntönä on myös, että mitä tarkemmin otoksen avulla saatujen tulosten halutaan vastaavan perusjoukon lukuja, sitä isompi otos on otettava (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 180). Otantatutkimuksessa tutkitaan vain osa perusjoukosta, koska koko joukon tutkiminen olisi monimutkaista ja aikaa vievää (Heikkilä 2014,

24). Tämän opinnäytetyön perusjoukon muodostavat kaikki Helsingin kotihoidon 74 lähipalvelualueen terveyden- ja sairaanhoitajat. Heitä on keskimäärin 3-4 jokaisella alueella. Otos on siis verrattain suuri (noin 296 vastaajaa), mutta käytännössä heitä on vähemmän, koska kaikilla alueilla ei ole etähoidon asiakkaita. Näiden vastaajien perusjoukon lukumäärää ei pystytty selvittämään.

### 3.4 Tutkimusaineiston keruumenetelmä

Tutkimusaineiston keruumenetelmänä on käytetty sähköistä kyselylomaketta. Kyselyssä kysymysten muoto on vakioitu eli kaikilta kyselyyn vastaajilta kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. Kysely soveltuu aineiston keräämisen tavaksi silloin, kun tutkittavia on paljon ja he ovat hajallaan toisistaan. Kyselylomaketta käytetään kun havaintoyksikönä on henkilö ja häntä koskevat mielipiteet, asenteet, käyttäytyminen tai ominaisuudet. (Vilkkä 2007, 28.) Aineistonkeruumenetelmäksi on valittu sähköinen kysely, koska kohderyhmä on laaja, ja tulosten analysointi on suhteellisen nopeaa ja kätevää tilastollista ohjelmaa käyttämällä.

Tutkimusta varten suunniteltiin saatekirje ja kyselylomake (liitteet 1-2). Saatekirjeessä kuvattiin tutkimuksen tarkoitus ja kerrottiin vastaajien anonymiteetistä ja osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Saatteen perusteella vastaaja tietää, mihin tarkoitukseen hän antaa tietojaan ja mihin niitä käytetään. Saadun tiedon perusteella vastaaja voi päättää osallistuuko kyselyyn vai ei. (Vilkkä 2007, 81.) Saatekirjeessä oli tutkimuksen tekijän ja ohjaajan yhteystiedot lisäkysymysten esittämistä varten. Yhteydenottoja ei tullut.

Kyselylomake pitää suunnitella huolella, sillä kysymysten avulla on selvitettävä koko tutkimusongelma (Heikkilä 2014, 31). Kyselylomake pohjautui opinnäytetyön teoreettiseen tietoon. Kvantitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä teorian tiedon kattavuus mittaussäilyneen perustana sekä mittaussäilyneen rakentaminen ja esitestaaminen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 54). Teoriatieto muodostettiin aiemman kirjallisuuden ja tutkimusten pohjalta. Sähköinen kyselyn sisälsi väittämiä ja strukturoituja kysymyksiä. Väittämissä käytettiin mittarina Likert-asteikkoa (1-5). Likert-asteikkoa käytetään usein mielipideväittämissä. Asteikon perusideana on, että asteikon keskikohdasta lähtien toiseen suuntaan samanmielisyyks kasvaa ja toiseen samanmielisyyks vastaavasti vähenee. (Vilkkä 2007, 46.)

Kyselylomakkeessa oli taustatietoja kuvaavia kysymyksiä seitsemän kappaletta ja mielipideväittämiä yhteensä 44 kappaletta (liite 2). Taustatiedot sisälsivät monivalintakysymyksiä vastaajien iästä ja kokemuksesta hoitoalalta vuosina mitattuna sekä kysymyksiä kotihoidon ja etähoidon asiakasmääristä. Väittämät käsittelivät etähoidon soveltuvuutta, yhteistyötä, kokemusta etähoidosta, asiakkaan kotona selviämistä sekä etähoidon onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä.

Kyselyn lopussa oli yksi avoin kysymys koskien etähoidon kehittämistä. Avoimen kysymyksen tavoitteena on saada vastaajilta spontaaneja mielipiteitä ja siksi vastaamista rajoitetaan mahdollisimman vähän (Vilkkä 2007, 68). Kyselylomake esiteltiin kahdella tutkimuksen tilaajan valitsemalla henkilöllä, ennen varsinaisen lomakkeen lähettämistä. Vastausaikaa kyselyyn oli yksi viikko. Lyhyeen vastausaikaan päädyttiin, koska hoitajat saavat paljon kyselyjä ja saattavat unohtaa vastata niihin, mikäli vastausaika on kovin pitkä. Kohderyhmälle lähetettiin muistutusviesti kyselyyn vastaamisesta juuri ennen vastausajan umpeutumista. Vastauksia tuli yhteensä 44 kappaletta. Kyselyn vastausprosentti oli 15 %. Se on pieni ja tämän vuoksi täytyy tehdä varovasti tulkintoja. Tulokset voivat kuitenkin toimia suuntaa antavina ja avata ideoita jatkotutkimukselle.

### 3.5 Tutkimusaineiston analysointi

Aineiston käsittely analysoitavaan muotoon tapahtuu seuraavien vaiheiden kautta: lomakkeiden tarkistus, aineiston muuttaminen numeraaliseen muotoon ja tallennetun aineiston tarkistus (Vilkkä 2007, 105). Verkkokyselyssä tiedot tallentuvat suoraan tietokantaan ja siten tutkija pääsee suoraan aineiston tarkistukseen (Vilkkä 2007, 112). Aineisto tarkistetaan ja katsotaan löytyykö sieltä virheitä. Mitä vähemmän virheitä esiintyy, sitä parempi on aineiston laatu ja tarkemmat tulokset. (Vilkkä 2007, 115.) Aineiston tarkistuksessa saadaan ensimmäiset tutkimustulokset ja kuvailevaa tietoa. Kysymyksessä nro 49 (Jos etähoitoasiakkaiden määrä on vähentynyt, niin miksi?) ei oltu huomattu suunnitteluvaiheessa laittaa ehdoksi, että tarkoitus on valita vain yksi vaihtoehto. Moni vastaaja oli rastittanut useita kohtia. Asiakasmäärät-kohta päätettiin jättää kokonaan pois analyysistä, koska tulokset olisivat antaneet virheellistä tietoa, eikä teema sopinutkaan kokonaisuuteen.

Aineiston keräämisen jälkeen aineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla. Analyysin avulla tarkistetaan pitävätkö tutkimussuunnitelman oletukset paikkaansa. Tilasto-ohjelma tekee tämän vaiheen automaattisesti. (Vilkkä 2007, 117.) Tavoitteena oli saada tietoa yhden muuttujan jakaumasta ja silloin käytetään sijaintilukuja, joista tavallisimmat ovat keskiarvo ja moodi (Vilkkä 2007, 119). Tuloksia kuvattiin tunnus- ja hajontalukujen avulla eli prosentein, keskiarvoin ja keskihajonnalla. Keskiarvo kuvaa havaintoarvojen keskimääräistä suuruutta. Koska keskiarvo on herkkä poikkeaville havainnoille, on suositeltavaa käyttää tulkinnassa keskihajontaa sen lisäksi. Hajontaluku kuvaa muuttujan arvon vaihtelua. Mitä pienempi hajonta, sitä lähempänä arvot ovat keskiarvoa. (Vilkkä 2007, 122-123.)

Tutkimus oli kuvailevaa ja ilmiöitä tutkittiin kuvailevien tietojen avulla. Pyrittiin myös vastaamaan kysymykseen mitkä ovat tässä tilanteessa näkyvimmit käyttäytymismuodot tai uskomukset. (Hirsjärvi ym. 2013, 138-139). Avoimet kysymykset strukturoidaan aineiston keräämisen jälkeen ja ennen tutkimusaineiston koodaamista. Koodaus tarkoittaa sitä, että tutkija

ryhmittelee vastaukset asiasisältöjen mukaan. (Vilkkä 2007, 68.) Avoimen kysymyksen vastauksia tuli yhdeksän kappaletta. Vastaukset ryhmiteltiin teemoittain ja niistä koostettiin yhteenveto.

## 4 Tulokset

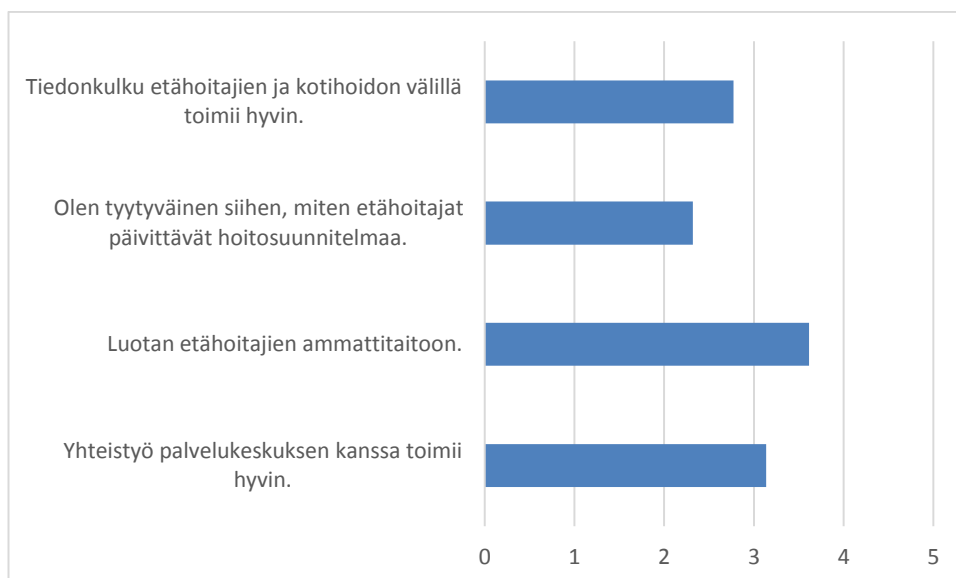
Kyselyyn vastanneista valtaosa (63,6 %) oli 20-39-vuotiaita. 25 % vastaajista oli 40-49-vuotiaita ja 11,4 % oli yli 50-vuotiaita. Vastaajista 9,1 % oli työskennellyt hoitajana yli 20 vuotta. Puolet vastaajista oli työskennellyt hoitajana 2-9 vuotta, vastaajista 20,5 % oli työskennellyt hoitajana 16-20 vuotta ja loput vastanneista (9,1 %) olivat työskennelleet alle 2 vuotta.

### 4.1 Etähoidon soveltuvuus

Soveltuvuutta koskevien väittämien keskiarvot ja keskihajonnat on koottu liitteeseen 3. Kysely sisälsi väittämiä etähoidon soveltuvuudesta. Soveltuvuutta mitattiin hakemalla vastauksia kysymyksiin kenelle ja kuinka suurelle osalle kotihoidon asiakkaista etähoito soveltuu. Kyselyssä selvitettiin myös soveltuuko etähoito asiakkaalle, jolla on vielä suhteellisen hyvä toimintakyky ja missä vaiheessa etähoito on hyvä aloittaa. Valtaosa vastaajista oli sitä mieltä, että etähoito soveltuu lievästi muistisairaalle (95,4 %) ja henkilölle, jolla on vielä suhteellisen hyvä toimintakyky (95,4 %). Vastaajat olivat myös lähes yksimielisiä siitä, että etähoito soveltuu vain pienelle osalle kotihoidon asiakkaista (90,9 %) ja että etähoito on hyvä aloittaa mahdollisimman aikaisessa vaiheessa (79,5 %). Sen sijaan etähoidon soveltuvuus mielenterveysasiakkaille jakoi mielipiteitä. Väittämän keskiarvo sijoittui asteikon negatiiviselle puolelle (2.52). Vastaajista 61,3 % koki etähoidon soveltuvan mielenterveysasiakkaille ja vastaajista 31,8 % eivät kokeneet etähoidon soveltuvan heille.

### 4.2 Etähoidon yhteistyö

Kysely sisälsi väittämiä yhteistyöstä kotihoidon hoitajien ja palvelukeskuksen etähoitajien välillä. Yhteistyön toimivuutta mitattiin kysymällä, miten yhteistyö toimii ja miten tiedonkulku hoitajien välillä sujuu. Väittämissä kysyttiin myös luottavatko kotihoidon hoitajat etähoitajien ammattitaitoon ja ovatko he tyytyväisiä siihen, miten etähoitajat päivittävät hoitosuunnitelmaa. Kuviossa 1 on esitetty etähoidon yhteistyötä koskevat tulokset.



Kuvio 1: Yhteistyö kotihoidon ja etähoidon välillä (n=44) (5=täysin samaa mieltä, 4=jonkin verran samaa mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 2=jonkin verran eri mieltä, 1=täysin eri mieltä)

Vastaajista 59,1 % piti yhteistyötä hyvänä, mutta vaihtelevuutta mielipiteissä esiintyi. Vastaajista 50 % oli tyytyväisiä tiedonkulkuun hoitajien välillä. 81,8 % vastaajista luotti etähoitajien ammattitaitoon. Vastaajat olivat melko tyytymättömiä siihen, miten etähoitajat päivittävät hoitosuunnitelmaa (54,6 %). Yhteistyötä koskevien väittämien keskiarvot ja keskihajonnat on koottu liitteeseen 3.

#### 4.3 Kokemus etähoidosta

Kysely sisälsi väittämiä siitä, miten etähoito koetaan. Väittämissä kartoitettiin asiakastyytyväisyyttä sekä kotihoidon hoitajien, että kotihoidon asiakkaiden kesken ja tarkasteltiin myös palvelun luotettavuutta ja laitteiden toimivuutta. Väittämät kartoittivat myös sitä, helpottaako etähoito kotihoidon hoitajien työkuormaa ja voiko etäkäynnillä korvata kotihoidon käyntejä. Taulukossa 1 on esitetty etähoidon kokemusta koskevat tulokset.

Kokemukset etähoidosta olivat varsin myönteisiä, sillä väittämien keskiarvot sijoittuivat asteikon myönteiselle puolelle (ka=3.33–4.05). Keskiarvo kunkin väittämän kohdalla on laskettu kyseisen väittämän kaikkien vastaajien kesken. Prosenttiosuuden laskemisessa ei ole huomioitu ”ei samaa eikä eri mieltä”-vastauksia. Vastaajista 72,1 % oli tyytyväisiä etähoitoon (ka=3,72). Vastaajista 74,5 % oli sitä mieltä, että yksikön hoitajat suhtautuivat myönteisesti etähoitoon (ka=3,84), sen sijaan valtaosa (60,5 %) kotihoidon asiakkaiden kokemusta etähoidosta kotihoidon hoitajien kokemana ei koettu yhtä myönteisenä (ka=3,33). Vastaajista 69,8 % koki etähoidon luotettavana (ka=3,72) ja 76,8 % tarpeellisen kotihoidon tukipalveluna

(ka=4,05) ja 81 % uskoi sen helpottavan hoitajien työkuormaa (ka=3,98). Vastaajista 62,8 % oli sitä mieltä, että etähoidolla ei voi korvata fyysisiä kotihoidon käyntejä (ka=3,67), mutta myös vastakkaisia mielipiteitä esiintyi jonkin verran. Vastaajista 55,8 % oli aika tyytyväisiä etähoitolaitteen (ka=3,47) toimintaan, ja 64,3 % koki etäyhteyksien toiminnan hyvänä (ka=3,60). Vastaajista 58,1 % piti etäkuntoutusta (ka=3,53) ja 64,3 % tuolijumppaa (ka=3,86) hyvinä palveluina ikääntyneen toimintakyvyn ja vuorovaikutuksen kannalta.

Väittämä	Keskiarvo	Keskihajonta	n
Olen tyytyväinen etähoitoon.	3,72	1,008	43
Yksikköni hoitajat suhtautuvat myönteisesti etähoitoon.	3,84	0,949	43
Asiakkaat kokevat etähoidon myönteisenä.	3,33	1,107	43
Etähoito on luotettava kotihoidon tukipalvelu.	3,72	1,120	43
Etähoito helpottaa kotihoidon hoitajien työkuormaa.	3,98	1,179	42
Etähoidolla ei voi korvata fyysisiä kotihoidon käyntejä.	3,67	1,340	43
Etähoitolaite toimii hyvin.	3,47	1,077	43
Olen tyytyväinen etäyhteyksien toimintaan.	3,60	1,037	42
Etäkuntoutus parantaa ikääntyneen fyysistä toimintakykyä.	3,53	1,141	43
Tuolijumppa on asiakkaille tärkeää vuorovaikutuksen kannalta.	3,86	0,977	42
Etähoito on tarpeellinen hoitomuoto.	4,05	0,925	43

Taulukko 1: Kotihoidon hoitajien ja asiakkaiden kokemuksia etähoidosta (5=täysin samaa mieltä, 4=jonkin verran samaa mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 2=jonkin verran eri mieltä, 1=täysin eri mieltä)

#### 4.4 Asiakkaan kotona selviäminen

Kysely sisälsi väittämiä siitä, miten hoitajat kokevat asiakkaiden selviävän kotona. Sitä mitattiin kysymällä saavatko ikääntyneet hyvää hoitoa ja tukeeko etähoito ikääntyneen kotona pärjäämistä. Väittämissä kysyttiin myös vahvistaako etähoito ikääntyneen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Kotona selviämistä mitattiin myös ruokailun ja lääkkeenoton valvonnan sujumisella ja kysymällä palvelun luotettavuudesta hoidon laadun ja jatkuvuuden kannalta. Taulukossa 2 on esitetty asiakkaan kotona selviämistä koskevat tulokset.



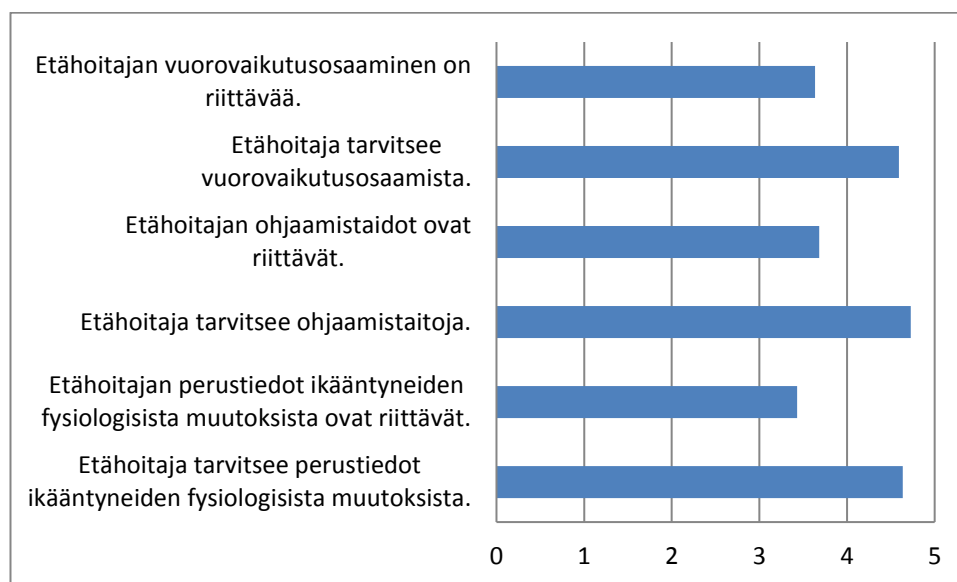
Väittäjä	Keskiarvo	Keskihajonta	n
Kotihoidon asiakkaat saavat hyvää hoitoa.	3,77	1,008	44
Etähoito tukee ikääntyneen kotona pärjäämistä.	4,18	0,815	44
Etähoito vahvistaa ikääntyneen fyysistä toimintakykyä.	3,55	0,975	44
Etähoito vahvistaa ikääntyneen psyykkistä toimintakykyä.	3,53	1,077	43
Etähoito vahvistaa ikääntyneen sosiaalista toimintakykyä.	3,59	1,187	44
Etähoito vähentää ikääntyneen yksinäisyyttä.	3,47	1,297	43
Etähoito vahvistaa ikääntyneen turvallisuuden tunnetta.	3,68	1,177	44
Hoidon jatkuvuus etähoitopalvelussa on luotettavaa.	3,64	0,983	42
Tabletin välityksellä pystyy hyvin arvioimaan ikääntyneen vointia.	3,00	1,161	44
Ruokailun valvonta etähoidossa sujuu hyvin.	3,14	1,025	44
Lääkkeenoton valvonta etähoidossa ei suju hyvin.	2,61	1,083	44
Aliravitsemus voidaan huomata etäkäynnillä.	2,52	1,067	44

Taulukko 2: Asiakkaan kotona selviäminen (5=täysin samaa mieltä, 4=jonkin verran samaa mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 2=jonkin verran eri mieltä, 1=täysin eri mieltä)

Keskiarvo kunkin väittämän kohdalla on laskettu kyseisen väittämän kaikkien vastaajien kesken. Prosenttiosuuden laskemisessa ei ole huomioitu ”ei samaa eikä eri mieltä”-vastauksia. Yhteensä 90,9 % hoitajista oli sitä mieltä, että etähoito tukee ikääntyneen kotona pärjäämistä (ka=4,18) ja vastaajista 77,3 % koki, että kotihoidon asiakkaat saavat hyvää hoitoa (ka=3,77). Väittämien keskiarvot ikääntyneiden fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä sijoittuivat asteikon keskivaiheille (ka=3.53-3.59). Valtaosa vastaajista (65,9 %) koki etähoiton vahvistavan ikääntyneen turvallisuuden tunnetta (ka=3,68), vastaajista 65,9 % koki sen lievittävän yksinäisyyttä (ka=3,47). Vastaajista 61,9 % koki hoidon jatkuvuuden etähoidossa luotettavana (ka=3,64). Kaiken kaikkiaan hoitajilla oli neutraali suhtautuminen siihen, pystyykö tabletin välityksellä arvioimaan ikääntyneen vointia (ka=3,00). 45,4 % hoitajista koki voinnin arvioimisen etähoiton avulla kuitenkin myönteisesti. Vastaajista 34,1 % oli hyvin tyytyväisiä ruokailun valvonnan sujuvuuteen (ka=3,14) ja vastaajista 43,2 % ei osannut sanoa mitä mieltä he olivat. Vastaajista 59,1% oli tyytyväisiä lääkkeenoton valvonnan sujuvuuteen (ka=2,61). Noin puolet vastaajista (52,3 %) oli sitä mieltä, että aliravitsemusta ei pystytä huomaamaan etäkäynnillä (ka=2,52) ja vastaajista 27,3 % ei osannut sanoa, mitä mieltä he olivat.

#### 4.5 Etähoidon onnistumiseen vaikuttavat tekijät

Kysely sisälsi väittämiä siitä, mitkä tekijät vaikuttavat etähoidon onnistumiseen. Etähoidon onnistumista mitattiin kysymällä, minkälaista osaamista etähoitaja tarvitsee, onko osaaminen riittävää ja miten hyvin vuorovaikutus toimii tabletin avulla. Kuviossa 2 on esitetty etähoitajien osaamista ja sen tasoa koskevien väittämien tulokset.



Kuvio 2: Etähoitajien tarvitsema osaaminen ja osaamisen taso (n=44) (5=täysin samaa mieltä, 4=jonkin verran samaa mieltä, 3=ei samaa eikä eri mieltä, 2=jonkin verran eri mieltä, 1=täysin eri mieltä)

Etähoitajan koettiin tarvitsevan perustiedot ikääntyneiden fysiologisista muutoksista sekä ohjaamistaitoja että vuorovaikutusosaamista. Etähoitajilla koettiin olevan varsin hyvät tiedot ja taidot kaikista osa-alueista, vaikkakin eroa osaamisvaatimusten ja koetun osaamisen välillä havaittiin melko paljon. Etähoitajan vuorovaikutusosaaminen ja vuorovaikutuksen toimiminen tabletin avulla koettiin hyvänä (62,8 %). Etähoitajien osaamisen riittävyyden ravitsemuksen, muistisairauksien ja lääkehoidon osa-alueilla ei koettu myöskään olevan aivan ihanteellisella tasolla. Väittämien keskiarvot sijoittuivat asteikolla tasolle 3.50-3.57. Nämä on esitetty liitteessä 3.

#### 4.6 Etähoidon kehittämisideoita

Kyselylomakkeen lopussa kysyttiin, miten vastaajat kehittäisivät etähoitoa. Vastauksia tuli yhdeksän kappaletta. Vastauksissa toivottiin enemmän kommunikaatiota etähoidon ja kotihoitoon välillä, jotta molemmat oppisivat tuntemaan toisiaan ja toistensa työnkuvia. Ehdotettiin,

että kotihoidon hoitaja ja etähoitaja voisivat yhdessä arvioida yhteisten asiakkaidensa toimintakykyä. Palautteen antaminen molemmin puolin olisi tärkeää ja kehittäisi etähoitoa. Etähoitajat voisivat tarvittaessa tehdä kotikäyntejä, koska kenttätökokemus on eduksi etähoidossa. Ehdotettiin myös koulutusta etähoitajille turvallisesta lääkehoidosta. Etähoitoa voisi kehittää perustamalla keskusteluryhmiä. Hoitaja voisi lukea päivän polttavia asioita ja saada hoidettavia ottamaan kantaa niihin. Musiikkia ja tietokysymyksiä voisi käyttää yhteisöllisyyttä lisäävänä toimintana. Etähoidon tabletin koko voisi olla isompi, jotta kuva näkyisi paremmin. Etähoito voisi olla käytössä jo ennen kotihoidon asiakkuutta.

## 5 Pohdinta

### 5.1 Tulosten tarkastelu

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan kotihoidon terveyden- ja sairaanhoitajien kokemuksia etähoidon toimivuudesta heidän asiakkaidensa kohdalla. Kotihoidon hoitajat arvioivat jatkuvasti asiakkaan hoidon tarvetta jokapäiväisessä työssään ja on arvokasta kuulla heidän kokemuksiaan ja ajatuksiaan etähoidosta. Tavoitteena oli selvittää hoitajien kokemuksen kautta, saavatko kotihoidon asiakkaat hyvää hoitoa käyttäessään etähoitoa kotihoidon tukipalveluna. Etähoito on kehitetty helpottamaan kotihoidon työn kuormittavuutta ja vastaamaan tulevaisuuden kasvaviin tarpeisiin, jossa ikääntyneitä on yhä enemmän ja työvoimaa vähemmän.

Kyselylomakkeen 44 mielipideväittämää antoivat vastauksia tutkimuskysymyksiin ”Miten hoitajat kokevat etähoidon toimivuuden” ja ”Mitkä tekijät vaikuttavat etähoidon onnistumiseen?”. Mielipideväittämät jakautuivat viiteen kategoriaan. Tuloksia tarkastellaan kategorioitain.

#### **Etähoidon soveltuvuus**

Vastaajien mielestä etähoito soveltuu vain pienelle osalle kotihoidon asiakkaista, kenellä on vielä suhteellisen hyvä toimintakyky jäljellä. Kotihoidon palveluja käyttävät pääosin huonokuntoiset ja monisairaavat ikääntyneet (Ikonen 2015, 42-43). Etähoito soveltuu huonosti kovin muistisairaalle ja huonokuntoiselle ikääntyneelle. Ikääntyneille suunnatun teknologian tulee olla käytettävyydeltään ja vuorovaikutteisuudeltaan vaivatonta ja helppoa (Kelo ym. 2015, 87-88). Teknologian käyttö vaatii ikääntyneeltä fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä. Ikääntyneen liikkuminen voi olla hidasta ja hankalaa, hänen voi olla vaikea kuulla korkeita ääniä ja erottaa mistä suunnasta ääni tulee. Sorminäppäryys heikentyy ja laitteen käyttö hankaloituu, jos siinä on useita nopeasti muuttuvia käytön vaiheita. Monella näkö on myös heikentynyt. Motivaatio opetella uusia asioita voi heikentyä ja oppiminen ja asioiden muistissa pitäminen

hankaloituvat (Kelo ym. 2015, 89). Muistin toimintaa heikentää muun muassa passiivisuus, ärsykeeton ympäristö, muistin vähäinen käyttö ja masennus (Kan & Pohjola 2012, 15-16). Suurella osalla etähoidon asiakkaista on käytössä ”pakota soitto”-toiminto, jolloin asiakkaan ei tarvitse koskea laitteeseen lainkaan (Karvinen 2017). Etähoidon soveltuvuudesta mielenterveysasiakkaalle oltiin eri mieltä, osa koki etähoidon sopivan heille ja osa ei. Vastaajat olivat yksimielisiä siitä, että etähoito on hyvä aloittaa mahdollisimman aikaisessa vaiheessa, kun toimintakykyä on vielä jäljellä. Etähoidon voi ottaa tukipalveluksi jo ennen kotihoidon käyntien alkamista. Uusille asiakkaille tarjotaan automaattisesti yhtä etäkäyntiä, jos asiakkaalla on esimerkiksi kolme päivittäistä kotihoidon käyntiä. (Karvinen 2017.)

### **Etähoidon yhteistyö**

Yhteistyöhön palvelukeskuksen kanssa oltiin melko tyytyväisiä. Yhteistyötä tosin pitäisi olla enemmän kotihoidon hoitajien ja etähoitajien välillä, jotta tiedonkulku paranisi. Hoitajan on tärkeä ymmärtää ikääntyneen kokonaistilanne (Ikonen 2015, 43). Vuorovaikutuksen laatu vaikuttaa suoraan toiminnan laatuun kaikessa hoito- ja ihmissuhdetyössä (Kan & Pohjola 2012, 68). Vastaajat toivoivat etähoitajien päivittävän hoitosuunnitelmaa aktiivisemmin. Kotihoidolla on päävastuu lääkkeenjaosta ja hoitosuunnitelman päivittämisestä. Etähoitaja tekee kirjaukset henkilötietojärjestelmä Pegasokseen ja on ajan tasalla asiakkaan hoitosuunnitelman muutoksista. (Karvinen 2017.)

Kotihoidon asiakkaan hoidon jatkuvuus on pitkälti vaihtuvien hoitotyöntekijöiden varassa. Oleellista hoidon jatkuvuudessa on tiedon siirtyminen ja luottamuksellisuus. Kiireeseen ja tiedonkulun puutteeseen kotihoidossa on haettu ratkaisuja muun muassa hyvinvointiteknologiasta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 282-283.) Valtaosa vastaajista koki hoidon jatkuvuuden luotettavana etähoidossa ja valtaosa luotti myös etähoitajien ammattitaitoon.

### **Kokemus etähoidosta**

Sekä vastaajien että heidän yksikkönsä hoitajien kokemukset etähoidosta olivat pääosin myönteisiä. Sen sijaan se, miten hoitajat arvioivat kotihoidon asiakkaiden kokemusta etähoidosta ei ollut yhtä myönteistä. Etähoito koettiin luotettavana ja tarpeellisenä kotihoidon tukipalveluna ja sen uskottiin helpottavan hoitajien työkuormaa. Aiemmat tutkimukset etähoidosta ja etäterveydenhuollosta ovat antaneet hyviä tuloksia asiakastyytyvyydestä. Etähoito koetaan useimmiten myönteisenä ja hyödyllisenä palveluna. (Vaarala 2016.)

Valtaosa vastaajista koki, että etähoidolla ei voi korvata fyysisiä kotihoidon käyntejä, mutta vastakkaisiakin mielipiteitä esiintyi. Teknologia voi parantaa merkittävästi ikääntyneen seurantaa ja hoitoa, mutta laitteet eivät korvaa inhimillistä hoivaa ja huolenpitoa (Etene 2008).

Noin 60 % vastaajista oli tyytyväisiä etähoitolaitteen ja etäyhteyksien toimintaan. Vaaralan (2016) mukaan etähoidon asiakkaat kokivat tabletin käytön helpoksi, myös kansainvälisissä tutkimuksissa laitteet koettiin useimmiten helppokäyttöisiksi, mutta ohjausta niiden käyttöön toivottiin enemmän. Vastaajat kokivat virtuaalikuntoutuksen ja tuolijumpan parantaneen ikääntyneen fyysistä toimintakykyä ja olevan tärkeä vuorovaikutuksen kannalta.

### **Asiakkaan kotona selviäminen**

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että etähoito tukee ikääntyneen kotona pärjäämistä. Kotona asuvat huonokuntoiset ja heikon tukiverkoston omaavat ikääntyneet tarvitsevat eniten kotihoidon palveluja (Laatikainen 2009). Kotona pärjäämistä tukevat myös apuvälineet, teknologia ja kodin muutostyöt (THL 2016h).

Vastaajien mielestä kotihoidon asiakkaat saavat hyvää hoitoa. Enemmistö vastaajista uskoi etähoidon vahvistavan ikääntyneen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Toimintakyky on yksilöllistä ja se vaihtelee ajankohdan ja elämäntilanteen mukaan. Eri henkilöt voivat selviytyä samasta toimintakyvyn vajeesta huolimatta arjestaan eri tavoin. (Kan & Pohjola 2012, 32.) Mikäli jokin osa-alue heikkenee, toimintakyky kokonaisuutena huononee ja ikääntyneen kyky selviytyä arjessa heikkenee (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 31). Heikentynyt toimintakyky lisää tapaturmien riskiä ja lähes 40 000 kaatumistapaturmaa vuosittain vaatii hoitoa (THL 2016d).

Psyykkistä toimintakykyä voi tukea etähoidon avulla. Kehittämisohdotuksissa ehdotettiin keskusteluryhmiä. Elämänlaatu heikkenee terveys- ja toimintakykyongelmien lisääntymisen myötä. Masennusoireet lisääntyvät ja siihen voi liittyä ahdistuneisuutta ja päihteiden käyttöä. (THL 2016f.) Vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa voi piristää mieltä ja lievittää yksinäisyyttä. Hyvä sosiaalinen verkosto voi ehkäistä masennukselta ja yksinäisyydeltä. Osallisuuden lisääminen on tärkeä tavoite ikääntyneiden yksinäisyyden lieventämiseksi. (THL 2016g.) Noin 66 % vastaajista koki etähoidon vahvistavan ikääntyneen turvallisuuden tunnetta ja lievittävän yksinäisyyttä. Vaaralan (2016) mukaan etähoitopalvelu koettiin sopivaksi yksinäisille ja yksin asuville. Osa koki turvallisuuden tunteen parantuneen, osa taas ei. Woodend ym. (2008) mukaan etähoitovalvonta paransi merkittävästi osallistujien elämänlaatua ja toimintakykyä. Lu ym. (2014) mukaan etähoito kroonisen sairauden seurannassa lisäsi heidän turvallisuuden tunnettaan (Vaarala 2016).

Ruokailun ja lääkkeenoton valvonta ovat tärkeimpiä etähoitajien tehtäviä. Ruokailun valvontaa ja aliravitsemuksen huomaamista koskevissa väittämässä oli eniten vastattu ”en osaa sanoa”. Ruokailua koskevaan väittämään oli lähes puolet vastannut, ettei osaa sanoa sujuuko

valvonta hyvin. Kolmasosa kertoi olevansa tyytyväisiä ruokailun valvonnan sujumiseen. Aliravitsemuksen huomaamista koskevaan väittämään yksi kolmannes vastaajista ei osannut sanoa mitä mieltä ovat. Tämä voi kertoa siitä, että kotihoidon hoitajan on vaikea arvioida etähoidon ruokailun valvonnan toteutumista. On tutkittu, että jopa 5-20 % kotona asuvista ikääntyneistä kärsii aliravitsemuksesta ja hoitajat tunnistavat vain neljäsosan todetuista tapauksista (Kelo ym. 2015, 37-38). Ravitsemusongelmat johtavat pitkittyessään ja hoitamattomina virheravitsemuksen noidankehään: laihtumiseen, toimintakyvyn heikkenemiseen, iho-ongelmiin ja tulehduskierteeseen (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 13). Hyvä ravitsemus ylläpitää terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua sekä nopeuttaa sairauksista toipumista ja säästää terveydenhuollon kustannuksia. Kotona asumisen mahdollisuudet ovat paremmat, jos ravitsemustila on hyvä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 8.)

Ikääntyneen lääkehoidon toteuttaminen on tärkeimpiä ja vaativimpia osa-alueita hoitotyössä. Vastuu hoidon toteutuksesta jakautuu lääkärille, hoitajille, ikääntyneelle itselleen ja omaiselle. (Kelo ym. 2015, 172.) Ikääntyneellä on oikeus turvalliseen lääkehoitoon ja monien oireiden kritiikitön hoitaminen erilaisilla lääkkeillä voi aiheuttaa merkittävää haittaa ikääntyneen terveydelle (Etene 2008). Lääkkeiden haittavaikutuksia voi olla vaikea tunnistaa ikääntyneillä, sillä ne saattavat olla hyvin epämääräisiä (Kelo ym. 2015, 178). Hieman yli puolet vastaajista oli tyytyväisiä lääkkeenoton valvontaan. Tästä on tarpeen käydä keskustelua kotihoidon ja etähoidon hoitajien välillä. Kotihoidon ja etähoidon asiakkaiden lääkkeet toimitetaan annosjakelupusseissa, joissa on päivämäärä ja kellonaika. Etähoitajan tulee silti olla selvillä asiakkaan kotilääkityksestä ja valvoa, että kaikki lääkkeet tulee otettua oikeaan aikaan. (Palvelukeskus Helsinki, tutustumiskäynti 6.2.2017.)

### **Etähoidon onnistumiseen vaikuttavat tekijät**

Etähoitajan koettiin tarvitsevan perustiedot ikääntyneiden fysiologisista muutoksista sekä ohjaamistaitoja ja vuorovaikutusosaamista. Heillä koettiin olevan varsin hyvät tiedot ja taidot kaikista osa-alueista, vaikkakin eroa osaamisvaatimusten ja koetun osaamisen välillä havaittiin melko paljon. Vanheneminen on sarja erilaisia ja eri tahtiin eteneviä muutoksia. Vanhustyötä tekevien on hyvä tuntea nämä muutokset ja niiden vaikutukset ikääntyneeseen, jotta he osaisivat olla ikääntyneen tukena toimintakyvyn ja itsenäisen elämän saavuttamisessa. (Vallejo Medina ym. 2007, 11-12.)

Etähoidossa vuorovaikutus ja ohjaaminen tapahtuvat tabletin kuvaruudun välityksellä. Vuorovaikutus on keskustelua ja toimintaa etähoitajan ja asiakkaan välillä. (Palvelukeskus Helsinki, tutustumiskäynti 6.2.2017.) Vastaajat kokivat vuorovaikutuksen toimivan hyvin tabletin avulla. Hoitaja auttaa ikääntynyttä löytämään omat voimavaransa, kannustaa häntä ottamaan

vastuuta toimintakyvystään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Tavoitteena on vahvistaa ikääntyneen selviytymistä. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 117.) Ikääntyneen kanssa työskenneltäessä korostuvat vuorovaikutustaidot, ymmärtäminen ja arjen yli näkeminen (Ikonen 2015, 43). Etähoitajien osaamisen riittävyyden ravitsemuksen, lääkehoidon ja muistisairauksien osa-alueilla ei koettu olevan aivan ihanteellisella tasolla. Muistisairaita on paljon, joka vuosi 14 500 henkilöä sairastuu muistisairauteen (Käypähoito 2017). Hoitajilla tulisi olla erityisosaamista myös muistisairauksista.

## 5.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti tarkoittaa sitä onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata ja onko teoreettiset käsitteet pystytty luotettavasti yhdistämään havaittaviin mitattaviin ominaisuuksiin. (Hirsjärvi ym. 2013, 189). Tässä opinnäytetyössä onnistuttiin mittaamaan juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset. Teoreettiset käsitteet on pystytty luotettavasti yhdistämään kyselylomakkeen väittämien teoria-perustaksi. Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Tulosta voidaan pitää reliabelina, jos kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulokseen. (Hirsjärvi ym. 2013, 231.) Reliabiliteetti kertoo, miten tarkasti mitataan. Mitä vähemmän mittausvirheitä, sitä parempi reliabiliteetti. (Vehkalahti 2009, 41.) Tutkimuksen yleistettävyyden kannalta on tärkeä arvioida kuinka hyvin tutkimusotos edustaa perusjoukkoa (Hirsjärvi ym. 2013, 189).

Tutkimuksen luotettavuutta lisää, jos mittari on esitestattu tutkimusotosta vastaavalla pienemmällä vastaajajoukolla. Tämä on erityisen tärkeää silloin, kun käytetään uutta, kyseistä tutkimusta varten kehitettyä mittaria tai jos mittari on kansainvälinen. (Hirsjärvi ym. 2013, 191.) Kyselylomakkeen esitestasivat opinnäytetyön ohjaaja ja kaksi tutkimuksen tilaajan valitsemaa henkilöä.

Tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida myös tulosten luotettavuuden kannalta. Tutkijan on itse arvioitava tulosten yleistettävyyttä ja kuvattava sitä tulosten arvioinnin yhteydessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 195-196.) Tämän opinnäytetyön tuloksia ei voi yleistää matalan vastausprosentin vuoksi, mutta tulokset antavat suuntaa ja ideoita jatkotutkimuksella. Luotettavuuden arvioinnissa tulisi pohtia muun muassa keitä tutkittiin, miten tutkittavat tavoitettiin, miten heidät saatiin osallistumaan tutkimukseen, onko tulokset saatu tieteellisillä menetelmillä, onko saaduilla tuloksilla merkitystä hoitotyön käytäntöön ja voidaanko tuloksia soveltaa sellaisenaan hoitotyöhön. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 195-196.) Tässä opinnäytetyössä tutkittiin Helsingin kaupungin 74 lähipalvelualueen terveyden- ja sairaanhoitajien mielipiteitä. Heidät saatiin osallistumaan tutkimukseen lähettämällä

heille sähköinen kysely. Tulokset on saatu tieteellisiä menetelmiä käyttäen. Saaduilla tuloksilla saattaa olla merkitystä hoitotyön käytäntöön ja tuloksia voidaan soveltaa sellaisenaan hoitotyöhön, esimerkiksi järjestämällä lisäkoulutusta.

Vastausprosentti ilmaisee myös tutkimuksen luotettavuutta. Se kertoo, kuinka moni otokseen valituista vastasi ja palautti kyselyn. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on hyvä mainita vastausprosentti, jotta nähdään kuinka moni vastasi kyselyyn. (Vehkalahti 2009, 44.) Tässä opinnäytetyössä vastausprosentti oli 15 %. Matalaan vastausprosenttiin vaikutti osaltaan se, että kaikilla kyselyn saaneilla ei ollut etähoitoasiakkaita, ja siksi he jättivät vastaamatta kyselyyn.

### 5.3 Tutkimuksen eettisyys

Hyvässä tieteellisessä käytännössä noudatetaan tieteellisiä toimintatapoja, käytetään tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä, noudatetaan avoimuutta tulosten julkaisemisessa, otetaan huomioon muiden tutkijoiden työt ja annetaan niille arvoa, määritellään tutkijoiden asema, oikeudet, vastuut ja velvollisuudet (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 364). Tässä opinnäytetyössä on noudatettu rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta koko opinnäytetyön tekemisen ajan. Tutkimukseen on sovellettu eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Muiden tutkijoiden tekemää työtä on kunnioitettu ja heidän tutkimuksiinsa on viitattu asianmukaisella tavalla.

Hoitotieteellisen tutkimuksen eettisiä lähtökohtia ovat muun muassa osallistumisen vapaaehtoisuus, tietoinen suostumus, oikeudenmukaisuus, anonymiteetti ja tutkimuslupa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 223). Osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta on aina turvattava kaikessa tutkimustoiminnassa. Hoitosuhteessa olevat asiakkaat tai potilaat saattavat kokea velvollisuudekseen tutkimukseen osallistumisen. On erittäin tärkeää, että osallistuminen on aidosti vapaaehtoista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218-219.) Saatekirjeessä kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja kyselyyn vastaamisesta saattoi halutessaan kieltäytyä.

Oikeudenmukaisuus tutkimustyössä tarkoittaa sitä, että tutkittaviksi valikoidut henkilöt ovat tasa-arvoisessa asemassa, eikä otos perustu esimerkiksi tutkijan valta-asemaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221). Kyselyn kohderyhmä oli tasa-arvoinen, koska kaikki lähipalvelualueen sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat saivat kyselyn. Vastauksia kohdeltiin ja käsiteltiin samanarvoisina. Tutkimukseen osallistuminen perustui tietoiseen suostumukseen. Tietoinen suostumus tarkoittaa sitä, että tutkittavan tulee olla täysin selvillä siitä, mikä on tutkimuksen luonne (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219). Saatekirjeessä kuvattiin minäkäläisestä tutkimuksesta on kyse, ja annettiin yhteystiedot kysymysten esittämistä varten.



Tutkimustietoja ei saa luovuttaa kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle henkilölle (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221).

Tässä opinnäytetyössä kunnioitettiin anonymiteettia, koska sähköiseen kyselylomakkeeseen ei tullut vastaajan nimeä. Lisäksi kyselyn saatekirjeessä kerrottiin, että vastaajan henkilöllisyys ei tule missään vaiheessa tutkimusta esille. Raportoinnissa huomioitiin, että yksittäinen vastaaja ei ollut tunnistettavissa. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös, että tarvittavat tutkimusluvut on haettu (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Ennen sähköisen kyselyn toteuttamista, tutkimuslupaa haettiin opinnäytetyölle Helsingin kaupungilta heidän ohjeistuksensa mukaisesti.

#### 5.4 Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön päätarkoituksena oli selvittää miten kotihoidon hoitajat kokevat etähoidon toimivuuden asiakkaidensa kohdalla ja mitkä tekijät vaikuttavat etähoidon onnistumiseen. Etähoidon onnistumista mitattiin kysymällä minkälaista osaamista etähoitaja tarvitsee, onko osaaminen riittävää, ja miten hyvin vuorovaikutus toimii tabletin avulla. Vastaajilta kysyttiin myös miten etähoitoa voisi kehittää. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella hoitajat kokivat etähoidon toimivuuden pääosin hyvänä, mutta yhteistyötä ja vuoropuhelua kotihoidon ja etähoidon välille kaivattiin enemmän. Valtaosa hoitajista koki etähoidon myönteisenä ja luotettavana palveluna. Vastaajat kokivat myös, että etähoito tukee asiakkaan kotona pärjäämistä ja vahvistaa hänen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyään. Ruokailun ja lääkkeenoton valvonnan sujuvuuteen toivottiin parannusta.

Vastaajat arvioivat etähoitajien tarvitsevan vuorovaikutus- ja ohjaamistaitoja sekä perustietoja ikääntyneiden fysiologisista muutoksista. Heillä koettiin olevan melko hyvät vuorovaikutus- ja ohjaamistaidot sekä perustiedot ikääntyneiden fysiologisista muutoksista, mutta parantamisen varaa niissä vielä on. Vuorovaikutuksen tabletin välityksellä sanottiin toimivan hyvin. Etähoitajien ammattitaitoa pidettiin kaiken kaikkiaan hyvänä, mutta heiltä toivottiin enemmän osaamista ravitsemuksesta, lääkehoidosta ja muistisairauksista. Kehittämisehdotuksissa vastaajat ehdottivat ikääntyneille erilaisia keskusteluryhmiä, tietovisailua, musiikkia ja enemmän kommunikaatiota kotihoitajan ja etähoitajan välillä, jotta he oppisivat tuntemaan toisiaan ja toistensa työnkuvia ja näin ollen antamaan laadukkaampaa hoitoa asiakkaille. Tämän opinnäytetyön tuloksista ei voida tehdä yleistyksiä, koska vastausprosentti oli pieni, mutta opinnäytetyön tulokset voivat kuitenkin olla suuntaa antavia ja antaa ideoita jatkotutkimukselle.

Etähoidon koettiin soveltuvan vain pienelle osalle kotihoidon asiakkaista, kenellä on vielä suhteellisen hyvä toimintakyky jäljellä. Vastaajien mielestä etähoito on hyvä aloittaa mahdolli-

simman aikaisessa vaiheessa. Valtaosa kotihoidon asiakkaista on huonokuntoisia ja monisairaita, mutta etähoito soveltuu kuitenkin vain pienelle kohderyhmälle. Saattaa olla, että tämä kohderyhmä tulee kasvamaan tulevaisuudessa, jos yhä useampi liittyy etähoidon asiakkaaksi jo hyvissä ajoin ennen kotihoidon käyntejä. Tämän lisäksi uudet sukupolvet ovat kasvaneet käyttämään tietotekniikkaa päivittäisissä tekemisissään, joten voidaan olettaa, että etähoidon asiakkuus olisi heille luontevaa ja mielekästä. Nuori sukupolvi arvostaa yksilöllisyyttä ja haluaa tiedon heti käyttöönsä. Kaiken kaikkiaan erilaiset terveyssovellukset ja sensorit ovat nykypäivää ja yleistyvät varmasti entisestään tulevaisuudessa.

Etähoidon soveltuvuus mielenterveysasiakkaille jakoi mielipiteitä, osa oli puolesta ja osa vastaan. Moni ei osannut sanoa mitä mieltä oli. Etähoidon soveltuvuutta mielenterveysasiakkaille olisi hyvä tutkia enemmän. Mielenterveysasiakkaat tarvitsevat erityisosaamista ja toisenlaista etähoitoa kuin pelkästään lääkehoitoon ja ruokailuun liittyvää valvontaa tai muistuttelua. Heidän kanssaan kuluu enemmän aikaa ja tähän pitäisi irrottaa resursseja. Psykkisen puolen tukemista ylipäänsä etähoitossa pitäisi painottaa yhtä paljon kuin fyysistä puolta. Masennus, yksinäisyys ja eriarvoisuus ovat aikamme polttavia ongelmia. Vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa piristää mieltä ja lieventää yksinäisyyttä.

Yhteistyöhön kotihoidon ja etähoidon välillä oltiin melko tyytyväisiä, mutta vuorovaikutusta kaivattiin enemmän. Tiedonkulkuun toivottiin myös parannusta, vain puolet koki tiedonkulun kotihoidon ja etähoidon välillä hyväksi. Vuoropuhelu on tärkeää, koska kaikki hyötyvät siitä. Kehittämisideoissa tuli toive, että etähoidon hoitaja voisi arvioida yhdessä kotihoidon hoitajan kanssa yhteisten asiakkaidensa toimintakykyä. Yhteisiä palavereja voisi olla säännöllisesti. Etähoitoon oltiin kaiken kaikkiaan tyytyväisiä ja se koettiin myönteisenä ja luotettavana palveluna. Sen koettiin helpottavan hoitajien työkuormaa. Etähoidon koettiin tukevan asiakkaan kotona pärjäämistä ja vahvistavan hänen toimintakykyään. Tuolijumppa ja virtuaalikuntoutus mainittiin tärkeiksi toimintakyvyn vahvistajiksi. Vastaaajat olivat sitä mieltä, että kotihoidon asiakkaat saavat hyvää hoitoa. Reilu puolet vastaajista koki etähoidon vahvistavan asiakkaan turvallisuuden tunnetta ja lievittävän yksinäisyyttä. Vastaaajat kokivat, että ruokailun ja lääkkeenoton valvonta voisi sujua paremminkin.

Etähoitajilta toivottiin enemmän osaamista ravitsemuksesta, lääkehoidosta ja muistisairauksista. Etähoitajille voisi järjestää koulutuspäiviä, se toisi vaihtelua omaan työhön ja osoittaisi, että heihin halutaan panostaa. Näihin koulutuspäiviin voisivat kotihoidon hoitajatkin osallistua.

Etähoito on kehitetty helpottamaan kotihoidon kiirettä, mutta onko tavoite toteutunut? Onko etähoitossa tarpeeksi henkilökuntaa ja aikaa keskittyä asiakkaisiin? Yksittäinen etäkäynti kestää keskimäärin neljä minuuttia, se ei ole paljon, jos siinä ajassa pitää valvoa ruokailua ja

lääkkeenottoa. Tosin Palvelukeskus Helsinki on ottanut tänä syksynä käyttöön toiminnon, jossa voidaan valvoa monen asiakkaan ruokailua yhtä aikaa. Etähoito on myös selkeästi halvempaa kuin kotihoidon käynti, ja Helsingin kaupunki onkin säästänyt pari kolme miljoonaa euroa etähoidon ansiosta. Onko kyseessä pohjimmiltaan kustannusten säästäminen? Monet hoitajat sanovat kotihoidossa, että heillä ei ole aikaa hoitaa asiakasta hyvin. He kärsivät siitä, että joutuvat tekemään työnsä jatkuvassa kiireessä ja paineen alla. Tein saman havainnon ollessani työharjoittelussa kotihoidossa. Työ oli ihanaa, mutta työntekijät olivat liian kovilla, eivätkä he useinkaan pystyneet hoitamaan asiakkaita niin hyvin kuin olisivat halunneet. Uskon silti, että etähoidosta voi parhaimmillaan olla apua kotihoidon asiakkaille.

Mielestäni laadullinen tutkimus sopisi parhaiten hoitajien kokemusten selvittämiseen, koska silloin on mahdollista esittää lisäkysymyksiä ja saada tietoa enemmän. Haastatteluissa välittyy myös ihmisten tunteet, mitä ei väittämien avulla saa samalla tavalla selville. Olisin alun perin halunnut tehdä laadullisen tutkimuksen etähoidosta ja haastatella hoitajia, mutta tutkimuslupia voi olla vaikea saada. Hankaluutena oli myös vähäinen tutkimustieto aiheesta ja tämä asetti omat rajoituksensa lähdemateriaalin suhteen.

## Lähteet

### Painetut lähteet

- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Ikonen, E. 2015. Kehittyvä kotihoito. Keuruu: Otava Oy.
- Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: Sanomapro.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanomapro.
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanomapro.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanomapro.
- Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2014. Vanhuksen parhaaksi. Helsinki: Edita.
- Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Vantaa: Tammi.
- Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U., Pyykkö, V. & Kivelä, S. 2007. Vanhusten hoito. Helsinki: WSOY.
- Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.
- Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

### Sähköiset lähteet

- ETENE 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Viitattu 7.2.2017.  
<http://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisuja+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf/34d9870b-d612-4952-8265-dcb7961dc3ab>
- Group, J. 2014. Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään? Helsinki: Suomen kuntaliiton julkaisu. Viitattu 4.5.2017. [http://shop.kunnat.net/product\\_details.php?p=3014](http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=3014)
- Helsingin kaupunki 2015. Etähoito, virtuaalikuntoutus ja aito vuorovaikutus. Lehtiartikkeli. <http://www.hel.fi/www/sote/fi/esittely/julkaisut/uutiskirjeet/etahoito-virtuaalikuntoutus-ja-aito-vuorovaikutus>
- Helsingin kaupunki 2014. Sosiaali- ja terveysviraston toimintakertomus 2014. Viitattu 8.10.2017. [https://www.hel.fi/static/sote/virasto/Sote\\_Toimintakertomus\\_2014.pdf](https://www.hel.fi/static/sote/virasto/Sote_Toimintakertomus_2014.pdf)
- Kotihoito 2015. Viitattu 4.1.2017.  
<https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/iakkaiden-palvelut>
- Käypähoito 2017. Muistisairaudet. Viitattu 8.2.2017.  
<http://kaypahoito.fi/web/kh/suosituksat/suositus?id=hoi50044>

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Viitattu 7.1.2017. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf>

Laatikainen, T. 2009. Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa. Sosiaali- ja terveysturvan seloste 66/2009. Kelan tutkimusosasto. Viitattu 13.2.2017. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10250/8156/Selosteita66.pdf?sequence>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012). Viitattu 13.2.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Lu, Ju-Fen - Chi, Mei-Ju - Chen, Ching-Min 2014. Advocacy of home telehealth care among consumers with chronic conditions. *Journal of Clinical Nursing* 23(5/6). 811 - 819

Makkonen, M. 2012. Ikääntyneiden sosiaalinen osallistuminen ja kuntoutuksen tarve. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120148/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120148.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120148/urn_nbn_fi_uef-20120148.pdf)

Rahimpour, Mohamadrez - Lovell, Nigel - Celler, Branko - McCormick, John 2012. Patients' perceptions of a home telecare system. *International Journal of Medical Informatics* 77(7), 486 - 498

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Viitattu 7.2.2017. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/69933>

Suomen Terveysliikuntainstituutti Oy 2013. Ikääntymisen vaikutukset elimistöön. Viitattu 8.2.2017. <http://www.terveysverkko.fi/tietopankki/senioreille/ikaantymisen-vaikutukset-elimistoon>

THL 2016a. Hyvinvointia vanhuuteen. Viitattu 10.2.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/hyvinvointia-vanhuuteen>

THL 2016b. Iäkkäiden toimintakyky. Viitattu 10.2.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/vaeston-toimintakyky/iakkaiden-toimintakyky>

THL 2016c. Toimintakyvyn ylläpitäminen. Viitattu 5.2.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/hyvinvointia-vanhuuteen/toimintakyvyn-yllapitaminen>

THL 2016d. Tapaturmat. Viitattu 7.2.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/iakkaat>

THL 2016e. Fyysinen toimintakyky. Viitattu 7.2.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/vaeston-toimintakyky/iakkaiden-toimintakyky/fyysinen-toimintakyky>

THL 2016f. Psykkinen toimintakyky. Viitattu 7.2.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/vaeston-toimintakyky/iakkaiden-toimintakyky/psykkinen-toimintakyky>

THL 2016g. Sosiaalinen toimintakyky. Viitattu 7.2.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/vaeston-toimintakyky/iakkaiden-toimintakyky/sosiaalinen-toimintakyky>

THL 2016h. Kotona asuminen. Viitattu 10.2.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/kotona-asumisen-ratkaisuja/kotihoito-ja-muu-kotiin-tarjottava-tuki>

THL 2016i. Toimintakyvyn arviointi. Viitattu 7.2.2017.  
<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/toimintakyvyn-arviointi>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Viitattu 11.2.2017.  
[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Vaarala, R. 2016. Kotihoidon asiakkaiden kokemuksia ja kehittämistoiveita Palvelukeskus Helsingin etähoidosta. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/118665/Vaarala\\_Riitta.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/118665/Vaarala_Riitta.pdf?sequence=1)

Valtion ravitsemusneuvottelukunta (VRN) 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille.  
<https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ikaantyneet.suositus-3.pdf>

Van der Heide, Loek - Willems, Charles - Spreeuwenberg, Marieke - Rietman, John - de Witte, Luc 2012. Implementation of CareTV in care for the elderly: The effects on feelings of loneliness and safety and future challenges. *Technology & Disability* 24 (4). 283 - 291

Woodend, Kirsten - Sherrard, Heather - Fraser, Margaret, Stuewe, Lynne - Cheung, Tim - Struthers, Christine 2008. Telehome monitoring in patients with cardiac disease who are at high risk of readmission. *Heart & Lung* 37(1): 36 - 45

Vuononvirta, T. 2011. Etäterveydenhuollon käyttöönotto terveydenhuollon verkostoissa.  
<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514297175.pdf>

#### Julkaisemattomat lähteet

Karvinen, M. 2017. Palvelupäällikön haastattelu 4.1.2017. Helsingin palvelukeskus.

Palvelukeskus Helsingin esite Virtuaalipalvelusta 2014.

Palvelukeskus Helsinki, tutustumiskäynti 6.2.2017.

## Kuviot

Kuvio 1: Yhteistyö kotihoidon ja etähoidon välillä .....	28
Kuvio 2: Etähoitajien tarvitsema osaaminen ja osaamisen taso .....	31

## Taulukot

Taulukko 1: Kotihoidon hoitajien ja asiakkaiden kokemuksia etähoidosta .....	29
Taulukko 2: Asiakkaan kotona selviäminen .....	30



## Liitteet

Liite 1: Saatekirje.....	50
Liite 2: Kyselylomake .....	51
Liite 3: Väittämät.....	54

Liite 1: Saatekirje

Arvoisa vastaanottaja,

Opiskelen Laurea-ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi. Olen tekemässä opinnäytetyötä kotihoidossa työskentelevien sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien kokemuksista Palvelukeskus Helsingin etähoidosta.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kerätä sähköisen kyselyn avulla tietoa etähoidon toimivuudesta ja pyytää kehittämisehdotuksia. Tarkoituksena on selvittää hoitajien näkökulmasta saako etähoidon asiakas tarvitsemaansa hoitoa ja miten hoitajat ovat kokeneet etähoidon toimivuuden. Tavoitteenani on tuottaa tietoa Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskukseen etähoidon toimivuudesta, jotta palvelua voitaisiin kehittää entistä laadukkaammaksi.

Olen laatinut aiheeseen liittyvän verkkokyselyn, jonka vastaamiseen menee noin 5-10 minuuttia. Vastaaminen on vapaaehtoista, mutta toivoisin, että antaisit aikaasi kyselylleni. Kyselyssä ei kysytä vastaajien henkilöllisyyttä, eikä se tule esille missään vaiheessa opinnäytetyötä. Kysely on avoinna 25.4.2017 asti.

Pääset kyselyyn tästä linkistä: <https://elomake3.laurea.fi/lomakkeet/14008/lomake.html>

Jos sinulle tulee mieleen kysyttävää, voit ottaa minuun yhteyttä sähköpostitse tai puhelimitse.

Ystävällisin terveisin,

Sairaanhoitaja-opiskelija Minna Kauppila  
minna.kauppila@student.laurea.fi, puh. [REDACTED]

Opinnäytetyöni ohjaaja  
Lehtori, TtM Anne Makkonen  
anne2.makkonen@laurea.fi, puh. [REDACTED]

## Liite 2: Kyselylomake

### KYSELYLOMAKE

Kyselyn ensimmäinen osio koskee taustatietojanne, rastittakaa teille parhaiten sopivin vaihtoehto. Kyselyn toinen osio sisältää väittämiä. Vastatkaa väittämiin valitsemalla sen vastausvaihtoehdon numero, joka vastaa parhaiten teidän henkilökohtaista mielipidettänne. Käyttäkää keskimmäistä vaihtoehtoa vain siinä tapauksessa, jos ette osaa ottaa kantaa kyseiseen väittämään. Kyselyn lopussa on muutama lyhyt kysymys asiakasmääristä.

### TAUSTATIEDOT

1. Ikä ☐ Alle 20 ☐ 20-29 ☐ 30-39 ☐ 40-49 ☐ 50-59 60 tai yli
2. Työkokemus hoitajana (vuosina) ☐ Alle 2 ☐ 2-5 ☐ 6-9 ☐ 10-15 ☐ 16-20 ☐ yli 20

### VÄITTÄMÄT

Väittämissä käytetään seuraavaa 5-portaista asteikkoa.

1=täysin eri mieltä

2=jonkin verran eri mieltä

3=ei samaa eikä eri mieltä

4=jonkin verran samaa mieltä

5=täysin samaa mieltä

### SOVELTUVUUS

Seuraavat väittämät koskevat etähoidon soveltuvuutta.

1. Etähoito soveltuu vain pienelle osalle kotihoidon asiakkaista. 1 2 3 4 5
2. Etähoito soveltuu lievästi muistisairaalle. jne.
3. Etähoito ei sovellu mielenterveysasiakkaille.
4. Etähoito soveltuu asiakkaalle, kenellä on vielä suhteellisen hyvä toimintakyky.
5. Etähoito on hyvä aloittaa mahdollisimman aikaisessa vaiheessa.

## YHTEISTYÖ

Seuraavat väittämät koskevat yhteistyötä palvelukeskuksen kanssa.

- |   |           |
|---|-----------|
| 6. Yhteistyö palvelukeskuksen kanssa toimii hyvin.                          | 1 2 3 4 5 |
| 7. Luotan etähoitajien ammattitaitoon.                                      | jne.      |
| 8. Olen tyytyväinen siihen miten etähoitajat päivittävät hoitosuunnitelmaa. |           |
| 9. Tiedonkulku etähoitajien ja kotihoidon välillä toimii hyvin.             |           |
| 10. Etähoitajat eivät soita usein kotihoitoon.                              |           |
| 11. Etähoitoa ei pitäisi markkinoida hoitajille enempää.                    |           |

## KOKEMUS ETÄHOIDOSTA

Seuraavat väittämät koskevat kokemuksia etähoidosta.

- 12. Olen tyytyväinen etähoitoon.
- 13. Yksikköni hoitajat suhtautuvat myönteisesti etähoitoon.
- 14. Asiakkaat kokevat etähoidon myönteisenä.
- 15. Etähoito on luotettava kotihoidon tukipalvelu.
- 16. Etähoito helpottaa kotihoidon hoitajien työkuormaa.
- 17. Etähoidolla ei voi korvata fyysisiä kotihoidon käyntejä.
- 18. Etähoitolaite toimii hyvin.
- 19. Olen tyytyväinen etäyhteyksien toimintaan.
- 20. Etäkuntoutus parantaa ikääntyneen fyysistä toimintakykyä.
- 21. Tuolijumppa on asiakkaille tärkeää vuorovaikutuksen kannalta.
- 22. Etähoito on tarpeellinen hoitomuoto.

## ASIAKKAAN KOTONA SELVIÄMINEN

Seuraavat väittämät koskevat asiakkaan kotona selviämistä.

- 23. Kotihoidon asiakkaat saavat hyvää hoitoa.
- 24. Etähoito tukee ikääntyneen kotona pärjäämistä.
- 25. Etähoito vahvistaa ikääntyneen fyysistä toimintakykyä.
- 26. Etähoito vahvistaa ikääntyneen psyykkistä toimintakykyä.
- 27. Etähoito vahvistaa ikääntyneen sosiaalista toimintakykyä.
- 28. Etähoito vähentää ikääntyneen yksinäisyyttä.
- 29. Etähoito vahvistaa ikääntyneen turvallisuuden tunnetta.
- 30. Hoidon jatkuvuus etähoitopalvelussa on luotettavaa.
- 31. Tabletin välityksellä pystyy hyvin arvioimaan ikääntyneen vointia.
- 32. Ruokailun valvonta etähoidossa sujuu hyvin.
- 33. Lääkkeenoton valvonta etähoidossa ei suju hyvin.
- 34. Aliravitsemus voidaan huomata etäkäynnillä.

## ETÄHOIDON ONNISTUMISEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Seuraavat väittämät koskevat etähoidon onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä.

35. Etähoitaja tarvitsee perustiedot ikääntyneiden fysiologisista muutoksista. 1 2 3 4 5  
36. Etähoitajan perustiedot ikääntyneiden fysiologisista muutoksista ovat riittävät jne.  
37. Etähoitaja tarvitsee ohjaamistaitoja.  
38. Etähoitajan ohjaamistaidot ovat riittävät.  
39. Etähoitaja tarvitsee vuorovaikutusosaamista.  
40. Etähoitajan vuorovaikutusosaaminen on riittävää.  
41. Vuorovaikutus toimii hyvin tabletin avulla.  
42. Etähoitajilla on riittävä osaaminen ikääntyneiden ravitsemuksesta.  
43. Etähoitajilla on riittävä osaaminen ikääntyneiden muistisairauksista.  
44. Etähoitajilla on riittävä osaaminen ikääntyneiden lääkehoidosta.

## ASIAKASMÄÄRÄT

45. Kuinka monta kotihoidon asiakasta alueellanne on? \_\_\_\_\_  
46. Kuinka monelle heistä olet suositellut etähoitoa? \_\_\_\_\_  
47. Kuinka monta etähoidon asiakasta teillä on? ☐ 1-5 ☐ 5-10 ☐ 10-15 ☐ yli 15  
48. Onko etähoitoasiakkaiden määrä lisääntynyt vai vähentynyt? ☐ lisääntynyt ☐ vähentynyt  
49. Jos on vähentynyt, miksi?  
☐ toimintakyky on heikentynyt  
☐ asiakas ei osannut käyttää laitetta  
☐ asiakas ei halunnut käyttää laitetta  
☐ asiakas ei kokenut etähoitoa omakseen  
☐ muu syy, mikä?

50. Miten kehittäisit etähoitoa?

-----  
-----  
-----

***Kiitos vastauksistasi!***

## Liite 3: Väittämät

Väittämä	Keskiarvo	Keskiha- jonta	N
<b>Soveltuvuus</b>			
Etähoito soveltuu vain pienelle osalle kotihoidon asiakkaille.	4,07	0,873	44
Etähoito soveltuu lievästi muistisairaalle.	4,36	0,810	44
Etähoito ei sovellu mielenterveysasiakkaille.	2,52	1,248	44
Etähoito soveltuu asiakkaalle, kenellä on vielä suhteellisen hyvä toimintakyky.	4,67	0,808	43
Etähoito on hyvä aloittaa mahdollisimman aikaisessa vaiheessa.	4,30	1,112	44
<b>Yhteistyö</b>			
Yhteistyö palvelukeskuksen kanssa toimii hyvin.	3,14	1,250	44
Luotan etähoitajien ammattitaitoon.	3,61	1,125	44
Olen tyytyväinen siihen miten etähoitajat päivittävät hoitosuunnitelmaa.	2,32	1,052	44
Tiedonkulku etähoitajien ja kotihoidon välillä toimii hyvin.	2,77	1,273	44
Etähoitajat eivät soita usein kotihoitoon.	3,34	1,328	44
Etähoitoa ei pitäisi markkinoida hoitajille enempää.	2,36	1,080	44
<b>Kokemus etähoidosta</b>			
Olen tyytyväinen etähoitoon.	3,72	1,008	43
Yksikköni hoitajat suhtautuvat myönteisesti etähoitoon.	3,84	0,949	43
Asiakkaat kokevat etähoidon myönteisenä.	3,33	1,107	43
Etähoito on luotettava kotihoidon tukipalvelu.	3,72	1,120	43
Etähoito helpottaa kotihoidon hoitajien työkuormaa.	3,98	1,179	42
Etähoidolla ei voi korvata fyysisiä kotihoidon käyn- tejä.	3,67	1,340	43
Etähoitolaite toimii hyvin.	3,47	1,077	43
Olen tyytyväinen etäyhteyksien toimintaan.	3,60	1,037	42
Etäkuntoutus parantaa ikääntyneen fyysistä to- imintakykyä.	3,53	1,141	43
Tuolijumppa on asiakkaille tärkeää vuorovaikutuk- sen kannalta.	3,86	0,977	42
Etähoito on tarpeellinen hoitomuoto.	4,05	0,925	43
<b>Asiakkaan kotona selviäminen</b>			
Kotihoidon asiakkaat saavat hyvää hoitoa.	3,77	1,008	44
Etähoito tukee ikääntyneen kotona pärjäämistä.	4,18	0,815	44
Etähoito vahvistaa ikääntyneen fyysistä toiminta- kykyä.	3,55	0,975	44

Etähoito vahvistaa ikääntyneen psyykkistä toimintakykyä.	3,53	1,077	43
Etähoito vahvistaa ikääntyneen sosiaalista toimintakykyä.	3,59	1,187	44
Etähoito vähentää ikääntyneen yksinäisyyttä.	3,47	1,297	43
Etähoito vahvistaa ikääntyneen turvallisuuden tunnetta.	3,68	1,177	44
Hoidon jatkuvuus etähoitopalvelussa on luotettavaa.	3,64	0,983	42
Tabletin välityksellä pystyy hyvin arvioimaan ikääntyneen vointia.	3,00	1,161	44
Ruokailun valvonta etähoidossa sujuu hyvin.	3,14	1,025	44
Lääkkeenoton valvonta etähoidossa ei suju hyvin.	2,61	1,083	44
Aliravitsemus voidaan huomata etäkäynnillä.	2,52	1,067	44
<b>Etähoidon onnistumiseen vaikuttavat tekijät</b>			
Etähoitaja tarvitsee perustiedot ikääntyneiden fysiologisista muutoksista.	4,64	0,532	44
Etähoitajan perustiedot ikääntyneiden fysiologisista muutoksista ovat riittävät.	3,43	0,950	44
Etähoitaja tarvitsee ohjaamistaitoja.	4,73	0,727	44
Etähoitajan ohjaamistaidot ovat riittävät.	3,68	0,883	44
Etähoitaja tarvitsee vuorovaikutusosaamista.	4,70	0,773	43
Etähoitajan vuorovaikutusosaaminen on riittävää.	3,64	0,865	44
Vuorovaikutus toimii hyvin tabletin avulla.	3,47	1,099	43
Etähoitajilla on riittävä osaaminen ikääntyneiden ravitsemuksesta.	3,51	0,910	43
Etähoitajilla on riittävä osaaminen ikääntyneiden muistisairauksista.	3,57	0,900	44
Etähoitajilla on riittävä osaaminen ikääntyneiden lääkehoidosta.	3,50	0,928	44